DU RETRÉCISSEMENT CICATRICIEL

DU

COL DE L'UTÉRUS

AU POINT DE VUE DE L'ACCOUCHEMENT

DU RETRÉCISSEMENT CICATRICIEL

DU

COL DE L'UTÉRUS

AU POINT DE VUE DE L'ACCOUCHEMENT

PAR

Le Docteur Victor-Albert TAURIN

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX ET DE LA MATERNITÉ DE PARIS



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—

1895

DU RÉTRÉCISSEMENT CICATRICIEL
DU COL DE L'UTÉRUS
AU POINT DE VUE DE L'ACCOUCHEMENT

I

Introduction.

Pendant notre année d'internat passée dans le service de M. le Dr Guéniot, à la Maternité, nous fûmes à même de voir un cas assez intéressant, heureusement assez rare, qui entraîna la mort de l'enfant et faillit également être fatal pour la mère ; ce fait, qui est rapporté dans l'observation I de cette thèse, nous fit comprendre toute l'étendue des conséquences que peut entraîner une lésion cicatricielle, occupant une partie assez étendue du col de l'utérus, au moment du travail de l'accouchement.

On ne peut, croyons-nous, trop répéter les accidents graves qui en sont la conséquence. En effet cette lésion cicatricielle, quand elle occupe une certaine étendue, peut être un obstacle plus ou moins complet à l'effacement et à la dilatation du col au moment du travail de l'accouche-

ment. Or cette rigidité de nature cicatricielle est certainement la plus grave parmi les différentes variétés de rigidité ; les autres sont susceptibles de céder à un moment donné, celle-ci au contraire n'a aucune tendance à s'amender et l'intervention active de l'accoucheur pourra seule chercher à éviter les accidents, ou tout au moins s'efforcer de les rendre le moins grave possible.

Mais avant d'aborder ce sujet, nous tenons à venir apporter ici un témoignage de profonde reconnaissance à tous ceux qui nous ont dirigé pendant nos années d'études.

Nous aurions été heureux de dédier ce modeste travail à notre excellent père, le Dr V. Taurin, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté, qui fut notre premier maître dans cette voie et qui nous guida de ses excellents conseils jusque dans ces derniers mois.

A M. le Professeur Tillaux, professeur de clinique chirurgicale, notre premier maître dans les hôpitaux, nous apportons ici un témoignage tout spécial de reconnaissance ; nous n'oublierons jamais sa bonté toute paternelle, en même temps que les grands principes d'ordre et de méthode clinique qu'il enseigne à ses élèves.

A M. le Professeur Brouardel, doyen de la Faculté, nous lui témoignons également tous nos remerciements pour l'appui et les conseils qu'il nous a toujours prodigués.

M. le Professeur Pinard, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, qu'il nous soit permis également de lui adresser tous nos remerciements.

Enfin tous nos maîtres dans les hôpitaux voudront bien

également recevoir ici les témoignages de profonde gratitude que nous leur conserverons toujours.

MM. les Drs Millard, Brissaud, Gilbert-Ballet, Brocq, Talamon, Tuffier, Gilbert, Guinard, Girode, Porak, Champetier de Ribes, Varnier, Lepage, Boissard et particulièrement nos maîtres dans l'internat :

MM. les Drs : Théophile Anger, Gombault (1891).
Guyot (1892),
Guéniot (1893),
et Rigal (1894).

A la mémoire également de notre excellent maître le Dr Triboulet.

II

Que doit-on entendre par rétrécissement cicatriciel du col de l'utérus ?

Parmi les accidents du travail, qui tiennent au col de l'utérus, un des plus graves est sans aucun doute la rigidité ; non pas cette rigidité passagère, qui dure plus ou moins longtemps, pouvant entraver ou retarder l'accouchement, mais qui finit généralement par céder soit spontanément, soit à la suite de divers procédés, le plus souvent médicaux, destinés à combattre la contraction spasmodique. Nous voulons parler ici de la rigidité vraie, durable, permanente, due à une véritable altération du col, produite par un état de sclérose cicatricielle et portant sur une assez grande étendue de l'organe.

Il existe en effet plusieurs espèces de rigidité du col de l'utérus ; beaucoup d'auteurs en décrivent trois variétés :

Rigidité spasmodique,

Rigidité anatomique,

Rigidité pathologique.

Il nous paraît plus logique d'adopter une classification différente, que l'on tend du reste à préférer actuellement.

Il y a deux grandes classes de rigidité du col :

1° Les *fausses rigidités*, parmi lesquelles nous trouvons deux variétés :

La rigidité spasmodique ;

La rigidité dite anatomique.

2° Les *rigidités vraies*, que nous diviserons elles-mêmes en deux variétés :

Les rigidités cicatricielles ou traumatiques ;

Les rigidités pathologiques.

C'est donc cette dernière classification que nous préférons et parmi ces différentes variétés nous ne nous occuperons ici que de la rigidité cicatricielle, c'est-à-dire une rigidité vraie, purement traumatique, c'est assez dire que nous ne traiterons ici ni du cancer du col, ni de la syphilis.

Mais à ce mot rigidité, nous en préférons un autre et si nous adoptons le terme de rétrécissement, ce n'est pas tout à fait sans raison. Car dans notre sujet nous ne nous occuperons guère que des cicatrices un peu étendues, soit en profondeur, soit en surface ; cicatrices faisant du col un organe dur, rigide, scléreux, incapable désormais de subir les modifications nécessaires à l'effacement et à la dilatation. Et nous laisserons de côté les cicatrices légères et peu étendues, telles qu'on en rencontre après chaque accouchement normal.

Nous avons donc surtout en vue un état scléreux du col tout particulier, dont le type le plus complet s'observe si fréquemment à la suite de traitements trop énergiques par l'emploi abusif des caustiques ; soit que ces caustiques aient une action trop active, comme le chlorure de zinc ; soit qu'ils soient trop souvent répétés, comme cela s'observe si souvent avec le nitrate d'argent.

Et l'on peut comparer, surtout au point de vue pratique de l'accouchement, le canal cervical au canal de l'urèthre ; dans l'un et l'autre cas ce ne sont pas de simples brides

cicatricielles, c'est un véritable rétrécissement du canal. Or puisque ce terme est absolument classique pour les lésions de l'urèthre, nous ne voyons point pourquoi on ne pourrait pas l'appliquer au canal cervical.

N'est-ce pas du reste le même processus dans l'un et l'autre cas ; tout d'abord il y a soit rupture, soit cautérisation énergique ; puis une période de réparation, avec production de tissu cicatriciel, lequel amène peu à peu une sorte de rétraction des tissus, qui peut même aller jusqu'à un état de coarctation plus ou moins complète du canal.

Donc pour nous le mot de rétrécissement nous paraît préférable, il nous paraît donner une idée plus exacte et plus précise des lésions que nous nous proposons d'étudier ici.

Nous dirons tout d'abord les principales causes qui peuvent occasionner ces états spéciaux du canal cervical ;

Puis nous indiquerons les différents symptômes, soit généraux, soit locaux, qui permettent de les reconnaître ;

Les différenciant des autres lésions analogues qui pourraient induire parfois en erreur et être confondues avec la sclérose du col ;

Nous insisterons sur la gravité de ces cas et sur les accidents graves qu'ils peuvent entraîner soit pour la mère, soit pour l'enfant ;

Enfin après avoir étudié les principaux moyens capables d'entraver ces accidents :

Nous appuyant sur plusieurs observations nous nous efforcerons de mettre en évidence quelques conclusions utiles dans la pratique, quand malheureusement le médecin se trouve en présence d'un de ces cas.

III

Etiologie.

Quelles sont les causes qui peuvent entraîner la production du rétrécissement cicatriciel du col?

On pourrait dire d'une manière générale que toute blessure plus ou moins étendue du col, aboutissant à un tissu de sclérose, peut produire cette lésion à un degré plus ou moins prononcé.

Cependant d'après quelques auteurs, on pourrait peut-être incriminer une affection spéciale, que les gynécologues américains ont appelée la dysménorrhée obstructive, sorte de sténose congénitale qui laisse seulement perméable un pertuis fort mince, permettant l'écoulement du flux menstruel et pouvant permettre également la pénétration du sperme, destiné à aller féconder l'ovule. Mais cette variété, que nous signalons simplement ici, est fort rare et nous n'avons pu en recueillir aucune observation bien nette. Peut-être devrait-on faire rentrer la plupart de ces cas dans de simples malformations congénitales.

Nous n'avons en vue ici que des cas de lésions acquises soit à la suite de traumatismes divers, soit à la suite de cautérisations.

Dans beaucoup de cas on se trouvera surtout en présence de femmes à qui, dans le cours d'un accouchement antérieur, on aura fait subir des interventions quelconques.

La plupart de ces interventions ayant pour but l'extraction du fœtus : introduction d'un instrument pour aller saisir la tête, notons particulièrement l'application de forceps lors d'une dilatation incomplète ou tout au moins insuffisante ; une mauvaise prise entraînant une extraction irrégulière ; des tractions trop énergiques, trop rapides ou par secousses violentes. Le basiotribe, l'embryotome peuvent également entraîner des déchirures et des blessures. Signalons encore le dilatateur de Tarnier quand on a l'imprudence de le laisser trop longtemps appuyer sur le col. En un mot tout instrument pouvant soit blesser directement, soit contusionner et former escharre.

La main peut également produire des blessures analogues, soit que l'on veuille rétropulser le cordon ou un membre procident ; soit que l'on cherche à attirer un pied au dehors dans la version par manœuvre interne ; soit encore que l'on aille faire la délivrance artificielle.

En somme presque toutes les interventions, soit pendant l'accouchement, soit pendant la délivrance, peuvent blesser plus ou moins l'orifice utérin.

De plus, certaines autres conditions peuvent encore avoir le même résultat : la grosseur du fœtus, particulièrement le volume exagéré, soit de la tête (première ou dernière), soit des épaules.

La rétraction de l'utérus sur le fœtus peut encore être une cause prédisposante très importante, soit qu'on ait préalablement administré du seigle ergoté, soit que, la poche des eaux ayant été rompue prématurément, le liquide amniotique se soit écoulé en grande partie.

En dehors de l'accouchement à terme, signalons les

différents procédés ayant pour but de pratiquer l'accouchement prématuré ; mais signalons surtout les manœuvres criminelles dans le but de produire l'avortement, soit à l'aide d'instruments divers, piquants, tranchants ou autres, soit à l'aide de caustiques ou d'injections fortement modificatrices.

Qu'il nous soit permis à ce propos de signaler un fait, que nous avons observé en 1891 dans le service de notre maître Théophile Anger et dont malheureusement nous n'avons pu recueillir l'observation détaillée :

Une femme vint à la consultation se plaignant de violentes douleurs dans le bas-ventre à chacune de ses périodes menstruelles ; ces douleurs dataient déjà de plusieurs mois ; auparavant elle n'avait jamais souffert. Les douleurs qu'elle ressentait chaque mois étaient violentes, avec irradiations lombaires, précédant de quelques jours l'écoulement sanguin et finissant avec lui. L'on examina cette femme avec attention ; on ne constata rien d'anormal par le palper abdominal ; mais au toucher vaginal on était surpris de trouver un col dur, dont l'orifice était fort petit ; utérus du reste normal, non volumineux ; culs-de-sac normaux ; rien du côté des annexes. Mais, détail intéressant, un hystéromètre, introduit dans le col, butait sur une sorte de bride résistante ; — cette femme nous affirmait n'avoir jamais eu d'enfant ; — la première idée fut pour une malformation congénitale. D'autre part les troubles menstruels ne dataient que de quelques mois. L'explication était donc embarrassante ; quand, à force de l'interroger, on finit par lui faire avouer qu'il y avait environ six mois, à la suite d'un retard de règles, se croyant enceinte, elle se

fit à plusieurs reprises des injections de vinaigre chaud et qu'une fois même elle se fit (elle-même? prétend-elle) une injection avec de l'esprit-de-sel au moyen d'une longue canule. C'est à partir de ce moment que les troubles menstruels étaient apparus.

Ce cas ne rentre pas absolument dans notre sujet, cependant il peut s'y rattacher comme exemple de cause productrice ; toutefois il serait intéressant de pouvoir suivre cette femme, plus tard elle pourrait devenir enceinte, mener sa grossesse à terme, comment alors ce col altéré se comportera-t-il au moment de la dilatation ?

Rapportons un fait analogue signalé par Taffe : oblitération de l'orifice externe à la suite d'injections faites dans le col avec de l'eau et des cendres, également dans le but de provoquer l'avortement (Thèse Boyer, Paris, 1891).

En dehors de l'état puerpéral, nombreuses sont les causes qui peuvent amener le rétrécissement cicatriciel du col. Beaucoup de moyens destinés à traiter la métrite soit du col, soit du corps, peuvent entraîner la dégénérescence scléreuse ; et parmi ces différentes causes, signalons surtout les cautérisations.

Nous ne ferons que rappeler à ce propos la grande polémique qui eut lieu en 1891 à la Société de Chirurgie et que l'on trouve rapportée tout au long dans les *Archives de Gynécologie* de cette même année ; les rapports de M. Pozzi et de M. Le Dentu en faveur du curetage contre le procédé des crayons de chlorure de zinc, sont trop connus pour que nous ayons à les résumer ici.

Nous placerons donc le chlorure de zinc parmi les caustiques les plus dangereux, capables de produire le rétrécis-

sement cicatriciel ; parmi les observations signalées à la fin de cette thèse, plusieurs ont dû leurs accidents à cet agent dangereux, qui, en modifiant profondément tout le tissu du col, en fait un véritable organe scléreux, tout à fait inextensible et indilatable. C'est ce qui explique pourquoi M. Polaillon préconise seulement cet agent chez les femmes qui ont passé l'âge de la ménopause.

Mais chez les femmes jeunes, l'état reste grave ; dans ce cas, il serait à désirer que ce traitement aboutisse à une occlusion complète de l'orifice utérin, car aucune grossesse ne serait plus alors à craindre, et la femme ne verrait plus son existence gravement menacée par les dangers d'un accouchement ultérieur. Il est vrai qu'en dehors de la grossesse et de l'accouchement à terme, ce traitement par les caustiques présente encore de grands inconvénients ; souvent il est insuffisant et souvent aussi l'affection se complique de menstruations douloureuses, parfois beaucoup plus pénibles même que ne l'était la maladie primitive.

Ces accidents si bien mis en lumière par les rapports de MM. Pozzi et Le Dentu ne rentrent du reste aucunement dans le sujet qui nous occupe actuellement, et nous nous bornons seulement à les rappeler en passant.

Disons, également en passant, que ce procédé, si dangereux à notre avis, consistant dans l'emploi de caustiques énergiques dans le traitement de l'endométrite, est loin d'être récent ; remis en vigueur il y a quelques années, il est cependant connu depuis longtemps, comme l'attestent plusieurs thèses déjà anciennes. Signalons entre autres la thèse de Letixerant (Paris, 1852) : *Quelques considérations pratiques sur la cautérisation du col de l'utérus*, où

l'auteur passe en revue plusieurs caustiques fréquemment employés. D'après lui « le caustique de Vienne se liquéfie rapidement, et se répand sur les parties voisines ; les escharres qu'il détermine, ne se détachent quelquefois qu'au bout d'un temps assez long et la plaie, qui leur succède, devient souvent un ulcère de mauvaise nature, dont la guérison ne s'effectue que difficilement ». Ces quelques mots se passent d'aucun commentaire.

Passons au nitrate acide de mercure, voici ce que nous dit encore Letixerant : « On n'a pas plus tôt touché le tissu du col, qu'aussitôt il devient blanc, jaune et noir. Désormais il est frappé de mort ; ce n'est plus qu'une escharre qui varie en épaisseur et en longueur ; à la chute de l'escharre, qui a lieu à des époques variables, on trouve que la surface a changé de vitalité, qu'elle est plus rétrécie, vermeille et que dans certains cas la cicatrisation est complète, on aperçoit alors une pellicule rougeâtre et d'autres fois une surface blanche et solide ». Du reste, ce que nous dit Letixerant est emprunté à l'opinion d'un maître : Jobert de Lamballe (*Mémoire sur la cautérisation*, page 397).

Citons encore une thèse de la même époque, celle de Dubreuil (Paris, 1852) : *De l'emploi du nitrate d'argent et du caustique de Filhos dans le traitement des ulcérations du col.*

Beaucoup d'autres caustiques peuvent produire des résultats analogues ; soit qu'ils soient intenses et qu'ils aient une action aussi énergique que le chlorure de zinc ; soit qu'ils soient beaucoup moins actifs, mais que leur emploi trop longtemps et trop fréquemment répété, arrive

à produire un effet analogue à une seule cautérisation énergique.

Nous signalerons à ce propos les cas de rétrécissements cicatriciels du col par les cautérisations répétées à l'aide du simple crayon de nitrate d'argent. Donc on ne peut trop s'élever contre cette pratique en apparence si bénigne ; on examine au spéculum une femme atteinte de métrite, on fait une cautérisation sur le col, puis dans le canal cervical avec le crayon de nitrate, on met un tampon et l'on dit à la femme de revenir dans huit jours ; c'est un procédé commode, facile et surtout rapide ; huit jours après, pas grande amélioration, même traitement et ainsi de suite, pendant des semaines et des mois. M. Boyer en cite de nombreux exemples dans sa thèse.

Enfin ces rétrécissements cicatriciels, quelquefois peu accentués en dehors de l'état de grossesse, peuvent s'accentuer encore au moment de la gestation ; soit que cet état donne à l'organe une plus grande vitalité et active ainsi le processus inflammatoire aboutissant à la sclérose ; soit que la suppression des écoulements utérins et la formation du bouchon muqueux favorisent l'agglutination des surfaces du canal cervical et la formation de brides cicatricielles. Les parties, encore en voie de travail inflammatoire, ne sont plus recouvertes par les mucosités ; les bourgeons charnus ne sont plus isolés les uns des autres et les adhérences ont plus de tendance à se produire. C'est ainsi, du reste, que l'on a pu expliquer les cas d'occlusions complètes de l'orifice utérin, observées à la fin d'une grossesse, et le plus souvent reconnues seulement au moment du travail de l'accouchement (1).

(1) Boyer. Thèse de Paris, 1891.

IV

Quels sont les signes qui permettent de reconnaître le rétrécissement cicatriciel ?

En dehors de la grossesse, pourra-t-on reconnaître ces rétrécissements? Dans quelques cas certainement on peut les reconnaître ; en effet le doigt peut faire apprécier certaines indurations scléreuses autour de l'orifice externe. La vue, au moyen du spéculum, peut permettre également de découvrir ces diverses altérations. Mais, parmi tous les moyens d'exploration, l'hystéromètre est encore celui qui permettra de diagnostiquer le plus sûrement l'état de sténose du col et de se rendre compte des brides cicatricielles qui peuvent exister.

Mais, il faut dire aussi que dans bien des cas, aucun signe physique ne peut permettre de découvrir la lésion. Tout au plus pourra-t-on la soupçonner par ce que les femmes vous racontent : en effet beaucoup viennent dire que leurs règles sont devenues douloureuses depuis telle ou telle époque, et en recherchant alors dans leurs antécédents personnels, on peut découvrir qu'il y a eu antérieurement, soit déchirure étendue du col lors d'un accouchement, soit opération et surtout cautérisation portant sur le col.

Dans la plupart des cas, en dehors de l'état de gestation, la lésion reste ignorée.

Pendant le cours d'une grossesse, il en est à peu près de même.

Cependant, si à cette époque il nous manque une source importante de renseignements, à savoir l'exploration à l'hystéromètre, le toucher, surtout vers la fin de la grossesse, et surtout chez les multipares, peut nous donner d'utiles renseignements : le ramollissement du col ne se faisant pas, dans bien des cas, d'une façon régulière et uniforme, comme dans les cas normaux, on peut mieux apprécier les parties du col atteintes de sclérose. Toutefois, comme dans bien des cas la sclérose occupe la face interne du col, et porte beaucoup plus souvent sur l'orifice interne, la lésion peut passer inaperçue et n'être reconnue qu'au moment du travail.

On peut dire du reste, qu'à part de rares exceptions, ces rétrécissements n'amènent aucun accident durant l'évolution de la grossesse.

En somme, dans la grande majorité des cas, le rétrécissement cicatriciel du col n'est reconnu qu'au moment du travail de l'accouchement, à la période de dilatation.

Tâchons de montrer, en quelques mots, comment se comporte le travail dans le cas particulier :

Les débuts du travail sont normaux ; les premiers phénomènes apparaissent tout à fait régulièrement ; les douleurs apparaissent d'abord peu intenses, assez éloignées ; puis elles se rapprochent, deviennent plus fortes ; en somme, jusqu'à un certain moment, toutes les phases du travail progressent peu à peu d'une façon continue.

Mais à un moment donné, malgré des contractions énergiques et répétées, le travail de l'accouchement n'avance

plus ; la femme présente même des douleurs très intenses ; elle s'épuise ; rien n'avance.

L'accoucheur examine alors la femme ; le travail semble arrêté, soit que l'effacement ne se fasse point du tout, soit que l'effacement s'étant fait plus ou moins, la dilatation soit arrêtée. Souvent le col se dilate jusqu'à un certain degré (dilatation de un, deux centimètres de diamètre et même davantage), puis les douleurs ont beau se répéter, devenir plus longues, plus intenses, la dilatation reste absolument la même.

Souvent, disons même dans la plupart des cas, la poche des eaux tendue outre mesure, finit par se rompre et le liquide amniotique s'écoule en plus ou moins grande abondance.

En somme on peut dire avec Bunting, de Philadelphie, qu'outre les signes fournis par le toucher, les douleurs de rein sont un bon signe de rigidité ou de rétrécissement du col.

Signalons ce que dit, à ce sujet, Mme Lachapelle : « Les douleurs de rein m'ont toujours paru annoncer la rigidité de l'orifice externe, soit qu'il éprouve alors une sorte de crampe, soit que soutenant par sa rigidité l'effort des contractions utérines, il souffre davantage que lorsqu'il est ramolli ».

Bunting signale aussi la difficulté et la douleur qu'éprouve la femme à uriner, quoiqu'elle ait des envies fréquentes.

Donc l'accouchement n'avance pas, la dilatation du col ne fait aucun progrès ; la femme éprouve des violentes douleurs de rein, elle se désespère et affirme qu'elle n'ac-

couchera jamais spontanément. Et cependant cette femme est bien conformée, le bassin est large, non vicié ; l'utérus est normal, sans aucune déviation. Les contractions utérines sont plutôt exagérées en intensité et en fréquence ; aucun symptôme d'inertie. Cependant ces contractions s'affaiblissent quelquefois pendant un certain temps, pour reparaître de nouveau avec plus d'énergie. Dans quelques cas, quand la femme est très affaiblie, ces douleurs diminuent peu à peu et s'arrêtent même complètement.

Il est donc facile désormais, d'après l'ensemble de ces symptômes, joint au toucher vaginal, de reconnaître une dystocie tenant à la non dilatation de l'orifice utérin. Le col seul ne se modifie pas, il reste dur, résistant ; c'est sans aucun doute lui seul qui met obstacle à la progression du travail.

« C'est alors, surtout si les membranes se sont rompues prématurément (ce qui s'observe, avons-nous vu, dans la majorité des cas), que la vie du fœtus est gravement compromise. Il est en effet vivement pressé à chaque contraction utérine et cette pression peut produire promptement l'asphyxie par la gêne qu'elle doit nécessairement amener dans la circulation utéro-fœtale. Quant à la mère, ces douleurs incessantes et inutiles agissent défavorablement sur le système nerveux et finissent par l'épuiser ». (Laborie, Du débridement du col de l'utérus, *Gazette médicale de Paris*, 1846, n° 5.)

Deux cas peuvent alors se présenter : la femme s'épuise, l'enfant meurt et le travail tend à s'arrêter ; ou bien, surtout quand il s'agit de femmes robustes et énergiques, les douleurs et les contractions deviennent de plus en plus

fortes et finissent par forcer l'obstacle, en faisant en quelque sorte éclater ce col inextensible, d'où la source d'une série d'accidents graves que nous étudierons plus loin.

Revenons un peu cependant sur quelques signes propres et pour ainsi dire spéciaux à la nature cicatricielle du rétrécissement du col.

Du reste ces symptômes diffèrent selon le siège de l'altération scléreuse.

Tantôt le col tout entier est déformé, dévié, et au moment du travail il peut présenter les modifications les plus diverses.

Tantôt le rétrécissement cicatriciel porte surtout sur l'orifice interne : on trouve alors généralement un col ramolli, ayant la consistance d'un chiffon mouillé (d'après la comparaison classique) ; toutefois on peut, avec un peu d'habitude, reconnaître que ce col a encore sa longueur et n'est pas effacé ; en effet l'orifice externe est très dilatable, la cavité également, et l'on peut introduire le doigt jusqu'à l'orifice interne ; puis, en ramenant ce doigt vers soi, on déplisse en quelque sorte tout le col et on reconnaît ainsi de la manière la plus évidente qu'il a conservé sa longueur.

Quant à l'orifice interne, il présente un aspect particulier, formant une sorte d'arête rigide, il semble qu'on ait passé un lacet dans son intérieur pour en fermer plus ou moins l'orifice. La consistance en est dure, ligneuse ; il y a une tension extrême des tissus ; les bords sont tantôt durs, épais ; tantôt ils sont tranchants sous le doigt, rappelant un col de primipare au moment de la dilatation. Dans certains cas cette résistance est circulairement uni-

forme, partout la même ; d'autres fois il semble que l'on observe des points plus durs, plus résistants, plus rigides, dépendant de l'état plus ou moins accentué de sclérose des parties.

Il y a en somme une transition entre l'orifice interne, qui est dur et rigide, et les parties sous-jacentes du col qui sont entièrement ramollies par l'imprégnation spéciale que l'on trouve dans tous les cas normaux.

Tel est le caractère propre du rétrécissement cicatriciel portant sur l'orifice interne.

Signalons encore un fait très important, le doigt qui va explorer cet orifice interne scléreux, tendu, souvent en imminence de rupture, ramène presque toujours des mucosités filantes, teintées de sang.

Si au contraire le rétrécissement siège sur l'orifice externe, ce qui pour certains auteurs serait le cas le plus fréquent :

On a prétendu que dans ce cas les douleurs seraient particulières, remarquables surtout par leur intensité ; mais ce fait est loin d'être prouvé.

Le doigt arrive sur le segment inférieur de l'utérus, formant une tumeur lisse, arrondie, plus ou moins engagée et saillante dans le vagin, surtout quand on a affaire à une présentation du sommet bien fléchi. Si la fusion des deux lèvres du col est complète, s'il y a atrésie complète du col, on peut noter une sécheresse du vagin correspondant à l'absence de tout écoulement glaireux ; bien entendu qu'il n'y a pas non plus d'écoulement de liquide amniotique. Les tissus sont tendus, amincis et l'orifice externe est parfois fort difficile à reconnaître.

Tantôt il est complètement impossible d'en reconnaître aucune trace.

Tantôt il est simplement constitué par un petit tubercule.

Tantôt enfin il est plus ou moins béant, mais dur, rigide, ligneux sans aucune tendance à se dilater davantage, et présentant une consistance analogue à celle que nous avons décrite précédemment dans la rigidité de l'orifice interne.

En somme l'exploration du col atteint de sclérose peut faire reconnaître des états très divers ; mais ce qui est caractéristique en quelques mots c'est l'arrêt du travail de l'accouchement à un moment donné ; malgré les contractions énergiques de l'utérus, le col reste le même et n'a aucune tendance à se dilater davantage.

L'exploration digitale reconnaît nettement l'état de rigidité cicatricielle du col, qui est spéciale et peut facilement se différencier des autres rigidités comme nous allons le voir.

V

Peut-on confondre le rétrécissement cicatriciel du col avec d'autres affections, soit de l'utérus, soit des parties voisines ?

On peut tout d'abord confondre le rétrécissement cicatriciel avec les autres variétés de rétrécissement ou rigidité du col.

Il est toute une classe de faits qui pourraient donner lieu à des erreurs de diagnostic, c'est ce que l'on est convenu d'appeler actuellement : les fausses rigidités du col.

Ces états sont bien nettement classés et bien mis en évidence dans l'excellent *Traité d'accouchements* de MM. Ribemont et Lepage.

En effet, dans les auteurs précédents, on avait une tendance à différencier deux variétés, qui en réalité n'en forment qu'une, nous voulons parler de la rigidité dite anatomique et de la rigidité spasmodique.

Dans ces divers états, comme le font très bien remarquer MM. Ribemont et Lepage, au cours du travail le col peut présenter divers aspects :

Tantôt le col reste épais, dur, infiltré, rappelant la comparaison classique de cuir bouilli, que l'on considérait jadis comme le propre de la variété de rigidité anatomique ;

Tantôt le col est mince, tranchant sur ses bords et plus

ou moins douloureux, par suite des contractions énergiques du corps de l'utérus, fortement appliqué sur la partie fœtale qui se présente.

Dans certains cas, cet état persiste longtemps et l'on est obligé d'intervenir; souvent même il est trop tard, et le fœtus a cessé de vivre au moment où l'on tente une intervention active.

D'autres fois au contraire le col perd sa rigidité et son aspect, soit infiltré, soit aminci, le travail continue son évolution plus ou moins lentement, ou plus ou moins vite, pour aboutir à l'expulsion du fœtus, et se terminer comme si rien d'anormal ne s'était passé.

Dans quelques cas enfin l'obstacle n'est surmonté qu'au prix d'une perte de substance; le col tout entier, ou en partie, est expulsé, formant parfois une couronne ayant pour centre l'orifice utérin. C'est dans un cas de ce genre que M. Wallich fut amené à étudier l'anatomie pathologique de la rigidité dite anatomique.

Ses travaux, joints à ceux de M. Bouffe de St-Blaise, ont montré l'absence de toute altération spéciale des tissus; il existait simplement une infiltration œdémateuse de cette portion du col; mais aucun de ces deux observateurs n'a jamais pu découvrir une altération quelconque de la fibre musculaire.

Baudelocque avait déjà eu la même opinion et tendait à réunir la rigidité anatomique à la rigidité spasmodique.

Cazeaux, puis M. Tarnier, tout en niant toute espèce d'altération spéciale de la fibre musculaire du col, pensaient à une disposition spéciale de cette fibre, ayant peu de tendance à se laisser dilater.

Barnes et Doléris au contraire penchaient plutôt vers l'opinion de Baudelocque.

En somme dans ces cas de fausse rigidité (1), qui comprennent les deux variétés dites anatomique et spasmodique, il faut admettre « que l'un des facteurs qui contribue à la dilatation de l'orifice est en défaut. Tantôt il y a rupture prématurée des membranes, tantôt défaut d'engagement du fœtus, rétrécissement du bassin, présentation vicieuse, placenta inséré sur le segment inférieur » (Ribemont et Lepage).

Donc, dans ces cas, on a toujours affaire à une anomalie dans le mécanisme physiologique de la dilatation, sans qu'il y ait aucune lésion organique du col, tantôt l'orifice utérin plus ou moins comprimé s'infiltre, tantôt il ne s'infiltre pas. Aucune autre distinction à faire entre ces deux états.

Du reste nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici les conclusions de la thèse du Dr Tolédo (2).

« I° Il est une série de faits décrits sous le nom de rigidité du col qui ne répondent pas à une modification de texture de cet organe entraînant un trouble dans sa fonction.

» II° Dans la plupart des faits, dans lesquels on aurait localisé la dystocie dans une lésion primitive du col, on trouve l'explication de ces phénomènes dans l'absence d'un des facteurs habituels de la dilatation.

(1) Fausses rigidités du col utérin pendant l'accouchement, *Nouvelles archives d'obstétriq. et gynécol.*

(2) Tolédo, *Sur la rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement.* Th. Paris, 1890.

» III° Parmi ces facteurs le défaut de contraction utérine paraît jouer le principal rôle ; l'inertie, caractérisée par l'irrégularité et l'insuffisance des douleurs, explique le plus souvent cette sténose momentanée du col ».

Il faut donc penser dans ces cas à une sorte de rigidité secondaire, dépendant de l'absence d'un des facteurs actifs de la dilatation, et ne pas incriminer le col lui-même comme on aurait trop de tendance à le faire.

Rappelons que ces fausses rigidités entraînent souvent des accidents graves, tels que mort de l'enfant, ou rupture plus ou moins étendue du col ou du segment inférieur. Toutefois l'hémorrhagie, conséquence habituelle de ces ruptures, semble moins à redouter, moins grave, que dans les cas de rétrécissements cicatriciels.

Nous ne nous attarderons pas plus longtemps sur ces faits de fausse rigidité, ayant eu simplement comme but de bien différencier les cas de rétrécissements cicatriciels de ces derniers, qui pourraient parfois les simuler.

Mais répétons-le en terminant, la consistance au toucher est différente et ne présente jamais aucune trace de sclérose.

Cependant ces cas peuvent être intéressants à connaître, parce qu'ils pourront rentrer plus tard dans les cas de rétrécissements cicatriciels ; en effet nous venons de dire qu'il y avait parfois élimination d'une partie du col, d'où traumatisme, d'où phénomène de réparation, d'où cicatrice, entraînant pour plus tard un rétrécissement cicatriciel du col.

Du reste tous ces faits ont été bien mis en évidence dans le dernier Congrès obstétrical de France, dans la séance du

5 avril 1893 où M. Wallich a fait part de ses recherches anatomo-pathologiques. Cependant la question est encore discutée : M. Fochier (de Lyon) croit à une prédisposition spéciale des fibres musculaires, quoiqu'il n'ait pu appuyer son dire par aucune observation histologique (1).

Quant aux rigidités vraies, aux rigidités pathologiques, c'est certainement parmi cette classe qu'on devrait faire rentrer les rétrécissements cicatriciels ; mais pour rendre notre travail plus distinct, nous en faisons une variété tout à fait différente et nous considérerons comme rigidités pathologiques les maladies qui peuvent seules, sans aucun traumatisme, entraîner la rigidité du col, c'est-à-dire la syphilis d'une part, et le cancer d'autre part.

La rigidité syphilitique a été surtout bien étudiée dans ces dernières années. Elle peut survenir de deux manières : soit par le chancre, soit par des plaques muqueuses ou des gommes.

Le chancre toutefois laisse rarement une induration cicatricielle assez étendue pour mettre obstacle véritable à l'accouchement, la dilatation se fait peut-être plus lentement, plus péniblement, le col peut même présenter de légères déchirures, mais la dilatation s'opère sans que l'on ait à redouter d'accidents graves.

Au contraire, dans les affections gommeuses, la lésion peut être très étendue et simuler tout à fait ces grands rétrécissements cicatriciels du col qu'on observe après les cautérisations énergiques, le chlorure de zinc par exemple.

(1) *Archives d'obstét. et gynéc.* (avril 1893) et *Semaine médicale* (avril 1893).

Elles peuvent entraîner les mêmes accidents et être souvent susceptibles des mêmes interventions.

Le diagnostic différentiel est parfois fort difficile, et dans bien des cas un interrogatoire sérieux joint à un examen approfondi peuvent seuls faire reconnaître la vraie nature de la lésion.

Il y eut sur ce sujet une discussion intéressante au Congrès obstétrical (7 avril 1893) ; M. Crouzat (de Toulouse) en rapporta un cas ayant entraîné la mort de l'enfant pendant le travail, puis ensuite la mort de la mère par septicémie. — M. Pinard rapporte un cas, où il s'agissait d'un chancre induré et où il dut employer le forceps avec la plus grande prudence afin de terminer heureusement l'accouchement. — Enfin M. Maygrier insiste sur le danger de la sclérose tertiaire, créant une sténose dangereuse, bien plus dangereuse, dit-il, que la sténose ano-rectale, à laquelle on peut la comparer, quant au processus (1).

Le cancer du col (2), qui le plus souvent subit un accroissement rapide sous l'influence de la grossesse, constitue généralement un véritable obstacle à l'accouchement ; cependant, dans bien des cas, on a noté au moment du travail un certain degré de ramollissement du col, qui favorise la dilatation ; toutefois, dans ces cas d'accouchements

(1) Rigidité du col chez les syphilitiques. *Congrès obstétrical de France* (7 avril 1893), dans *Archives d'obstét. et de gynéc.*, avril 1893 ; — *Semaine médicale*, avril 1893 ; — Travaux de Putégnat, 1868 ; — Chiarléoni, Chiara, Martinetti, 1883 ; — Welponer, 1870 ; — Doléris et Mme Mesnard, 1884-1885 ; — Maygrier, *Leçons de clinique obstétricale*, 1893, p. 63.

(2) Paul Bar, *Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement.* Thèse d'agrégation, Paris, 1886.

spontanés, il faut toujours craindre des déchirures et des hémorrhagies ; ces cas s'observent surtout dans les épithéliomas fort limités occupant seulement l'une des deux lèvres du col ; ou encore dans les tumeurs extrêmement friables, friabilité encore augmentée du reste par le fait de la grossesse.

Mais, dans la plupart des cas, l'accouchement traîne en longueur ; les contractions, d'abord intenses et normales, s'atténuent bientôt et l'utérus lutte contre l'infiltration cancéreuse du col. C'est surtout dans ce cas, que l'on voit le fœtus succomber et même se putréfier, quand toutefois il n'est pas mort avant le début du travail.

Un fait assez important au point de vue du diagnostic c'est l'hémorrhagie et l'écoulement sanieux qui accompagne ordinairement le cancer, même pendant la grossesse.

L'état bourgeonnant, tomenteux, ulcéreux du col semble caractéristique, surtout s'il est lié aux symptômes précédents.

M. Ribemont-Dessaignes signale la possibilité de confondre ces fongosités avec des débris placentaires.

Quand les symptômes précédents existent le diagnostic est facile ; cependant dans bien des cas ce n'est qu'après un examen fort attentif et un interrogatoire rigoureux qu'on pourra différencier le cancer du rétrécissement purement cicatriciel.

Nous n'avons à nous occuper ici que de la question diagnostic, et nous n'insisterons pas davantage, rappelons cependant que si dans certains cas les incisions suffisent, comme l'a pratiqué plusieurs fois M. Guéniot, dans beau-

coup de cas également il faut recourir à l'opération de Porro, ainsi que le préconise M. Pinard (1).

L'oblitération complète du col peut encore être distinguée du simple rétrécissement cicatriciel ; cette oblitération a été autrefois l'objet d'un travail fort intéressant de Depaul (2) ; cette question a été également reprise par M. Boyer dans sa thèse inaugurale.

Les causes sont absolument les mêmes ; nous n'avons pas à y revenir ici ; traumatismes, cautérisations diverses, processus inflammatoires, altérations pathologiques, opérations ayant porté sur le col soit pendant la grossesse ou l'accouchement, soit hors de l'état puerpéral.

On explique du reste cette oblitération par un processus lent, se poursuivant pendant la grossesse ; le tissu cicatriciel étant éminemment rétractile tendra à oblitérer de plus en plus le canal cervical.

Ces lésions sont plus fréquentes chez les multipares.

Le diagnostic est facilement reconnu par le toucher. Si c'est l'orifice interne qui seul est oblitéré, le restant du col étant ramolli vers le terme de la grossesse, le doigt vient buter contre une cloison qui ferme absolument cet orifice ; tandis que dans le rétrécissement simple on n'observe pas cette cloison complète, il existe un orifice plus ou moins étroit, plus ou moins resserré, dur, tendu, indilatable. Mais on peut observer tous les intermédiaires entre un ré-

(1) *Congrès obstétrical de France*, 5 avril 1893.

(2) Depaul, *Oblitération du col de l'utérus chez la femme en couches et de l'opération qu'elle réclame*, Paris, 1860 ; — Depaul, *Archives de tocologie*, 1876 ; — Boyer, *Contribution à l'étude de l'oblitération du col utérin chez la femme en couches*. Thèse de doctorat, Paris, 1890.

trécissement cicatriciel moyen et une oblitération complète.

Le diagnostic de l'oblitération de l'orifice externe est souvent plus délicat : quelquefois il est impossible de trouver le col, surtout pendant le travail quand le segment inférieur s'est distendu et a amené la dilatation de l'orifice interne et du canal cervical ; tous les tissus ont la même consistance, sont amincis et tendus ; rien ne peut indiquer la place du col, simplement représenté parfois par un simple tubercule.

Un signe distinctif que l'on peut encore citer, c'est la sécheresse du vagin qui n'est plus lubréfié par les mucosités et les liquides s'échappant de l'utérus ; tandis que dans le rétrécissement simple cette sécheresse n'existe pas ; au contraire il y a le plus souvent rupture prématurée des membranes.

Il y a également une différence dans la conduite à tenir dans ces deux cas, et l'oblitération complète relève surtout de l'opération césarienne intra-vaginale.

D'autres affections peuvent encore simuler le rétrécissement cicatriciel. Dans les déviations du col, le travail peut être plus ou moins retardé ; les contractions sont fortes, énergiques et cependant inefficaces. Le toucher rend généralement compte des choses et si le doigt ne suffit pas pour aller reconnaître, dans un des culs-de-sac, l'existence du col, sa position et son degré de plus ou moins grande dilatation, il ne faut pas hésiter à introduire la main dans le vagin.

Un point important de diagnostic, c'est l'examen du corps de l'utérus, en effet la déviation du col est secondaire

à la déviation du corps ; le palper fait avec méthode rend compte de cet état ; l'on peut même corriger cette déviation, par la même occasion, en tâchant de ramener l'utérus dans l'axe, et en le maintenant dans cette position, soit avec la main, soit avec l'aide de la ceinture eutocique de M. Pinard. On voit alors la dilatation marcher plus rapidement et le diagnostic se confirmer.

Quelquefois aussi la déviation du col tient à une ampliation sacciforme d'une partie du segment inférieur.

Signalons à ce propos un fait, rapporté par M. Auvard, de pseudo-rigidité du col par inclinaison de l'utérus ; il s'agissait d'une multipare (1) (3e accouchement), le travail traînait en longueur, le médecin croyait à une rigidité anatomique du col. Au bout de trente-six heures, la dilatation était à peine de trois travers de doigt, la poche des eaux intacte, présentation du sommet en O.I.D.P. la tête appuyait mal sur le segment inférieur, l'utérus incliné fortement à droite. Comme le col donnait assez bien la sensation de cuir imbibé de graisse, le diagnostic de rigidité anatomique porté par le médecin semblait exact. Ayant administré inutilement un grand bain, des injections vaginales chaudes, un lavement de chloral, le travail traînait toujours. M. Auvard, ayant alors examiné attentivement cette femme, fut frappé de l'inclinaison du fond de l'utérus à droite et de la déviation du col en arrière et à gauche. Il redressa alors avec la main le fond de l'utérus, pendant que le doigt vaginal accrochait l'orifice utérin et le ramenait sur la ligne médiane. Cette manœuvre provoqua immédiatement une

(1) Auvard, Pseudo-rigidité du col par inclinaison de l'utérus, *Semaine médicale*, n° 7, 11 février 1891, p. XXVI.

contraction utérine énergique qui fit appuyer la tête sur l'orifice utérin et produisit une dilatation notable de cet orifice ; puis les contractions se succédèrent ; vingt minutes après, la dilatation était complète ; dix minutes plus tard, l'expulsion de l'enfant se faisait spontanément.

Signalons aussi les œdèmes du col et surtout le pincement de la lèvre antérieure du col entre la partie fœtale qui descend et la symphyse pubienne ; œdème facile à reconnaître ; inconvénient généralement facile à éviter, en cherchant avec le doigt, entre chaque contraction, à rétropulser cette partie qui a une tendance à s'allonger énormément et qui peut arriver peu à peu à se sphaceler ; ces parties peuvent aussi se déchirer, se rompre et occasionner ainsi des hémorrhagies.

Enfin les brides et les cloisonnements du vagin peuvent, en arrêtant les progrès du travail, faire penser à une lésion du col ; mais là le simple toucher vaginal suffit pour éviter toute erreur possible. Notons cependant que souvent les brides du vagin coïncident avec des brides cicatricielles du col, dont parfois elles ne sont que le prolongement.

VI

Conséquences du rétrécissement cicatriciel lors de l'accouchement.

Les conséquences du rétrécissement cicatriciel sont très variables, selon l'état plus ou moins prononcé de sténose, c'est ainsi que l'on peut observer de grandes différences au point de vue pronostic.

Dans les cas de sténose légère, quand la cicatrice est peu étendue, le pronostic est assez bénin ; en général aucune complication sérieuse n'est à craindre, sans quoi la plupart des femmes ayant déjà eu des enfants seraient exposées, lors d'un nouvel accouchement. En effet bien peu de multipares sont indemnes de cicatrices du col. Ces cicatrices portant généralement sur la commissure gauche sont légères, peu étendues, intéressant une portion fort minime du col, ne dépassant guère l'orifice externe ; ce n'est même pas une cicatrice scléreuse, car au moment du travail le col a déjà subi une imbibition profonde, toutes ses parties sont ramollies, donnant la sensation du chiffon mouillé. Normalement, chez les multipares, on ne sent pas de parties indurées, tout est mou, la dilatation se fait normalement, beaucoup plus rapidement même que chez la primipare. En somme les légères déchirures, résultat d'un accouchement normal, ne peuvent entraîner aucun

rétrécissement cicatriciel. Inutile d'insister davantage sur ces faits normaux, aucune complication à craindre.

Abordons maintenant les cas de cicatrices vraies avec rétrécissement ultérieur. Quand la cicatrice est peu étendue, quand elle est due surtout à un traumatisme n'ayant atteint qu'une partie du col, comme cela s'observe surtout à la suite d'une intervention, lors d'un accouchement laborieux, forceps, basiotripsie, embryotomie, version, etc... le pronostic est encore fort bénin.

Si une partie du col atteinte de sclérose n'est pas susceptible de se laisser dilater, le reste du pourtour du col, resté sain, peut suppléer à ce défaut partiel de dilatation ; les choses peuvent même se passer tout à fait normalement, sans aucun retard et la lésion du col peut passer tout à fait inaperçue.

D'autres fois la cicatrice est plus étendue et peut occuper l'une ou l'autre lèvre du col ; par exemple, quand il y a eu élimination d'une de ses parties lors d'un accouchement précédent (œdème et sphacèle de la lèvre antérieure par pincement). Dans ces cas, il peut déjà y avoir un léger obstacle, souvent facile à reconnaître, mais là encore le reste du col peut suppléer au défaut de dilatation d'une de ses parties.

Cependant on peut déjà observer certaines déchirures peu étendues du col, portant sur le bord orificiel et déterminant parfois une légère hémorrhagie facile à arrêter.

D'autres fois même la rupture peut s'étendre sur toute la portion vaginale du col, mais s'arrêtant au niveau du vagin et n'intéressant ni muscles, ni vaisseaux, d'où hémorrhagie simple, passagère, s'arrêtant facilement et souvent

d'elle-même, lorsque l'expulsion de l'enfant a eu lieu. Cependant cela constitue déjà un danger, c'est déjà une porte d'entrée pour l'infection, d'où nécessité de redoubler les soins d'antisepsie. En somme pronostic encore bénin si l'on prend les précautions nécessaires.

Nous arrivons ainsi progressivement, par degrés, au véritable rétrécissement cicatriciel du col, rétrécissement complet, si nous pouvons nous exprimer ainsi, celui que nous avons surtout en vue ici.

Ce rétrécissement complet peut s'observer dans bien des cas, mais comme nous l'avons vu plus haut, c'est surtout à la suite des cautérisations énergiques et répétées.

Quels sont, dans ces cas, les dangers que peuvent courir et la mère et l'enfant?

Au moment du travail de l'accouchement, on se trouve en présence de deux forces : l'une active, les contractions utérines qui tendent à dilater le col et à expulser l'enfant ; l'autre passive, la résistance du col, sa sclérose. Une lutte s'établit entre ces deux forces, ou si l'on préfère, une lutte s'établit entre la puissance et la résistance.

Tantôt c'est la puissance qui est la plus forte ; les contractions deviennent de plus en plus intenses, très rapprochées, la femme pousse avec énergie, avec rage ; et l'on peut voir survenir tout à coup un véritable éclatement du col ; l'enfant est expulsé brusquement ; le col est rompu, déchiré et cette déchirure peut s'étendre fort loin.

Parfois cette déchirure n'occupe que la portion sous-vaginale ; ce sont les cas les plus heureux, nous avons déjà parlé plus haut du peu de gravité relative de ces lésions, n'y revenons plus.

Mais dans bien des cas aussi la déchirure s'étend plus loin ; elle dépasse l'insertion du vagin sur l'utérus et peut s'étendre jusqu'au péritoine sans l'intéresser toutefois. Or l'insertion du vagin constitue essentiellement la limite de la région dangereuse, c'est là que commence le territoire vasculaire ; la déchirure, qui s'étend jusque là, intéressera donc à coup sûr une ou plusieurs branches de l'artère utérine, peut-être même l'artère utérine elle-même ; dans tous les cas elle donnera lieu à une hémorrhagie importante, pouvant survenir à flot, tout à coup, et emporter la femme avant même qu'on ait eu le temps d'intervenir.

Un auteur allemand a décrit une grosse artère circulaire entourant le col, artère qui serait plus particulièrement lésée dans ces cas de rupture ; ce fait est intéressant à signaler. Cette artère est-elle toujours normale, nous ne saurions l'affirmer ; mais ce que l'on peut assurer à coup sûr c'est que dans cette région il existe de gros vaisseaux, les artères utérines. Signalons à ce sujet une pièce fort intéressante, au musée de la clinique Baudelocque, pièce ayant rapport à l'observation III, et qui montre au milieu d'une rupture utérine, la section bien nette d'un gros tronc artériel, par où s'est produite l'hémorrhagie qui a entraîné la mort de la femme.

Cette région de l'utérus, avec sa musculature affaiblie, constitue de plus, comme le fait remarquer M. Doléris (1), la *pars minoris resistantiæ* de l'organe. Si bien que la rupture peut encore s'étendre, soit dans la paroi utérine, soit vers les ligaments larges, sans intéresser le péritoine.

(1) Fraisse, *Nouvelles archives d'obstét. et gynéc.*, 25 février 1892.

Enfin, dans quelques cas, on a vu aussi la déchirure entamer le péritoine et établir ainsi une communication avec la cavité péritonéale, entraînant par suite tout l'ensemble des accidents graves de ces sortes de lésions.

En somme l'accident le plus sérieux de ces sortes de déchirure c'est l'hémorrhagie.

Cette hémorrhagie est précoce, elle apparaît dès que la tête fœtale a franchi le col ; un jet de sang apparaît aussitôt après l'expulsion de la tête ; elle est parfois formidab le, et peut entraîner la mort en quelques minutes.

D'autres fois aussi on la voit s'arrêter par suite du tassement de l'utérus, puis elle réapparaît au moment de l'expulsion du délivre.

Mais bien souvent elle n'a aucune tendance à s'arrêter.

Le sang est rouge, liquide, artériel, contrastant avec le sang veineux de l'inertie utérine ; il sort par saccades, en jet.

Dans ces cas on peut avoir une chance, fort rare il est vrai : le sang peut venir, non d'une artère du col, mais d'une artère du corps, aucune artère du col n'ayant été lésée, fait vraiment exceptionnel.

En effet la rétraction du tissu utérin se faisant immédiatement après l'expulsion de l'enfant peut arrêter l'hémorrhagie ou tout au moins en diminuer l'abondance ; encore dans ce cas faut-il qu'il n'y ait pas d'atonie musculaire.

Mais le plus souvent ce sont les artères du col qui sont atteintes, et cette rétraction faisant complètement défaut sur cette partie de la matrice l'hémorrhagie continue, abondante et fatale.

Quelquefois aussi l'hémorrhagie s'arrête tardivement ;

mais son abondance a été telle, que la femme épuisée ne tarde pas à succomber à une anémie profonde, dans le collapsus.

Cette hémorrhagie pourrait être confondue avec d'autres hémorrhagies :

Dans l'inertie utérine, l'utérus reste mou, sans dureté, le sang est foncé, veineux et ne s'écoule pas par jet. Toutefois l'hémorrhagie par inertie peut quelquefois compliquer l'hémorrhagie par rupture, mais ce fait semble devoir être peu fréquent.

Les déchirures du vagin se traduisent par des hémorrhagies généralement moins abondantes, moins brusques.

Tandis que les hémorrhagies dues à une lésion du périnée ou du clitoris peuvent être très intenses, mais le diagnostic en est facile par l'examen direct.

En somme ces ruptures sont fort redoutables par l'hémorrhagie, le plus souvent foudroyante, qui en est la conséquence ; d'où nécessité d'un diagnostic rapide et d'un traitement immédiat.

Si l'on parvient à éviter ce danger redoutable, il reste encore l'infection : en effet le col, ne participant aucunement à la rétraction utérine, il reste une plaie béante, une large porte ouverte à tous les germes infectieux qui peuvent s'y précipiter ; vaisseaux sanguins et lymphatiques sont là, béants, tout prêts à les recevoir. Et cette infection, malgré les plus grandes précautions antiseptiques, est toujours à craindre, surtout quand les femmes sont amenées à l'hôpital au dernier moment, et qu'elles sont déjà infectées par des interventions tentées en ville.

D'ou second danger, presqu'aussi redoutable que le pre-

mier, souvent mortel également, l'infection, soit primitive, soit secondaire.

Quant à l'enfant, que devient-il dans ce cas ?

Quelquefois il peut naître vivant et bien portant, s'il a pu résister aux efforts violents de l'utérus.

Mais le plus souvent cet enfant est soumis à de tels efforts, à de telles pressions ; la poche des eaux étant le plus souvent rompue depuis longtemps et la plus grande partie du liquide amniotique expulsé ; cet enfant a subi directement la pression de l'utérus, qui s'est en quelque sorte tétanisé sur lui ; la circulation fœtale a été tellement troublée, que le plus souvent cet enfant a succombé avant son expulsion. Quelquefois il naît en état de mort apparente, et l'on a alors bien de la peine à le ranimer, soit par l'insufflation, soit par les tractions rhythmées de la langue, ou par tout autre moyen.

Mais il peut se produire encore un autre cas, au moment du travail de l'accouchement ; dans cette lutte la résistance peut être, elle aussi, plus forte que la puissance ; les contractions utérines peuvent être impuissantes à vaincre le rétrécissement cicatriciel du col.

La femme s'épuise, les contractions diminuent peu à peu de fréquence et l'expulsion ne peut avoir lieu ; l'enfant meurt ; la poche des eaux est rompue depuis longtemps ; si l'on ne pratique pas une antisepsie rigoureuse la femme, déjà épuisée, peut s'infecter rapidement, infection entraînant le plus souvent la mort.

Enfin si la femme survit à tous ces accidents, si elle échappe à la rupture, à l'hémorrhagie et à l'infection, est-elle exempte de tout accident ultérieur ? évidemment non.

Cette femme restera en effet une infirme, quant à l'utérus.

Ou bien la rupture de l'utérus se cicatrise d'une manière vicieuse, augmentant encore ainsi l'atrésie du col ; si la femme redevient enceinte, il faudra redouter les mêmes accidents au moment du travail, accidents souvent plus intenses, plus redoutables, car la lésion est encore plus accentuée.

La sclérose plus marquée, plus profonde peut constituer ce qu'Emmet appelle la cheville cicatricielle, souvent le point de départ de toute une série de phénomènes douloureux intenses.

Les brides cicatricielles, pouvant dès lors envahir le segment inférieur de l'utérus, et même fixer cet organe en des positions vicieuses entraînant souvent des manifestations pathologiques plus ou moins intenses de déviation utérine.

D'autres fois aussi le col reste béant et prédispose par suite à une série de fausses couches, ou encore à une foule d'accidents infectieux, endométrites diverses, surtout blennorrhagiques, beaucoup plus fréquentes dans ces cas que lorsque le col reste fermé.

Rappelons enfin que l'examen direct de ces lésions montre qu'elles s'étendent beaucoup plus loin qu'on ne le croirait au premier abord, ce dont on ne peut se rendre compte qu'après avoir fait pénétrer le doigt dans le col utérin ; ces déchirures en effet sont alors facilement perçues, non pas seulement dans le col, mais aussi sur la surface interne du corps. L'exploration attentive des culs-de-sac fait également remarquer que ces lésions peuvent atteindre les ligaments larges, dans une étendue assez grande.

Souvent aussi la muqueuse, plus ou moins déchirée, du vagin peut venir s'introduire dans ces ruptures, s'y trouver pincée et aussi maintenue quand la cicatrisation s'est effectuée, ce qui aggrave encore les malformations des organes pelviens et les déviations utérines.

VII

Quelle conduite doit-on tenir dans les cas de rétrécissements cicatriciels du col ?

Les interventions diffèrent selon le moment où l'on est appelé.

Quand c'est au début du travail, à la période de non dilatation du col, lorsque l'on a reconnu la présence d'un rétrécissement cicatriciel, il faut surveiller la femme avec le plus grand soin ; bien se rendre compte de l'état du col, de son degré de dilatation, de la tension et de la résistance de ses tissus. Il faut surveiller également les contractions utérines, leur énergie, leur fréquence ; se rendre compte également de l'état général de la femme. Puis reconnaître la présentation, la position du fœtus ; et surtout faire la plus grande attention aux battements de son cœur, leur régularité et leur nombre.

Ceci posé, il faut avant toute intervention s'assurer de nouveau que le col n'est pas susceptible d'une plus grande dilatation, et c'est alors seulement qu'on est autorisé à opérer.

Le choix de l'intervention dépendra alors de l'état de dilatation du col :

Si le col est presque entièrement dilaté, comme une paume de main par exemple, si l'enfant n'est pas trop volumineux, on pourra essayer l'extraction par le forceps.

C'est alors qu'il faut user plus que jamais de douceur, éviter surtout les tractions par saccades et secousses, afin d'éviter cet immense danger de rupture. Pendant ces manœuvres, il faut surveiller sans cesse l'état du col et se tenir toujours prêt à pratiquer des débridements.

Dans les extractions tête première, il ne faut pas se croire sauvé, quand cette tête a pu franchir sans danger l'orifice utérin ; car il reste encore les épaules, dont il faut se méfier également, bien souvent elles peuvent produire la rupture, alors qu'on l'avait évitée au passage de la tête ; la difficulté est d'autant plus grande, que la tête reste accolée à la vulve, fortement appliquée contre elle, constituant ainsi un obstacle sérieux pour les doigts qui vont chercher à dégager les épaules l'une après l'autre.

De même il faut encore craindre les ruptures dans les extractions par le siège, au moment de la manœuvre de Mauriceau pour dégager la tête dernière.

Mais bien souvent le rétrécissement est trop serré pour permettre l'extraction de l'enfant vivant, ou tout au moins intact.

On peut alors essayer les débridements du col et tenter l'extraction ; on se hâtera d'agir ainsi, quand on entendra les battements du cœur se modifier.

Si les battements du cœur ont cessé, si l'enfant est mort, on pourra attendre un peu, mais en général on devra intervenir ; dans les présentations du sommet ou de la face on pourra tout d'abord tenter la basiotripsie.

On pourra essayer aussi, dans les présentations de l'épaule, l'embryotomie, mais cette dernière est fort difficile et fort dangereuse dans les cas qui nous occupent ici.

Ces instruments, ordinairement inoffensifs, deviennent ici assez dangereux non par eux-mêmes, mais leur application comporte toujours une certaine pression sur le col alors si dur, si tendu et qui ne demande qu'à se rompre. On ne peut donc trop conseiller la plus extrême prudence et la plus grande douceur dans ces interventions ; on surveillera toujours l'état de tension du col, toujours prêt à pratiquer les débridements nécessaires.

Mais en somme les interventions précédentes, sans aucun débridement, ne peuvent s'appliquer que dans les cas où le col est assez largement dilaté, quand le rétrécissement cicatriciel est peu marqué, et par conséquent peu dangereux.

Dans les cas plus serrés, il faut absolument pratiquer des débridements. On pourrait bien essayer quelques dilatations forcées, soit avec le dilatateur de Tarnier, soit avec le divulseur de Guéniot ; mais, répétons-le, ces instruments doivent être maniés avec la plus grande prudence. Il faut plutôt faire des essais de pressions lentes, en variant souvent les points de contact de l'instrument sur le pourtour du col ; essais de pressions, disons-nous, plutôt qu'une véritable dilatation. Toutefois ces manœuvres ne doivent pas être prolongées trop longtemps.

Cependant, s'il fallait nous servir d'un de ces deux instruments, nous donnerions, dans le cas présent, la préférence au divulseur Guéniot ; la forme plus aplatie, plus large de ses branches, portant plus à plat sur le pourtour du col, semble en faire un instrument moins dangereux dans ces cas de rupture toujours imminente.

On pourra également essayer les divers ballons dilata-

teurs, mais le plus souvent sans succès, le ballon Champetier est impossible à employer, les autres sont insuffisants.

En somme, le procédé le meilleur est de pratiquer des débridements. Ils doivent être avant tout multiples, faits progressivement à petits coups, de proche en proche. Le doigt introduit dans l'orifice à agrandir servira de guide à l'instrument, il reconnaîtra toutes les portions tendues, les petites brides les plus rigides qu'on ira ainsi sectionner lentement, à tout petits coups, en surveillant continuellement l'effet de ces petites entailles multiples.

La multiplicité et le peu de profondeur de ces sections est le meilleur garant, la meilleure manière d'éviter les larges déchirures du col.

Beaucoup d'accoucheurs préfèrent dans ce cas les ciseaux, en effet avec eux on est plus sûr de ne pas faire des sections trop étendues ; mais dans quelques cas cependant, surtout quand c'est l'orifice interne qui est rigide, les ciseaux sont difficiles à employer et le bistouri boutonné est alors le seul instrument possible ; il est toutefois plus dangereux, car il peut produire des sections trop profondes, des échappées qui favorisent parfois les déchirures étendues.

En un mot, jamais de grandes incisions ; mais une foule de petites incisions peu profondes. Inutile bien entendu de recommander dans tous ces cas une antisepsie absolue.

Quelquefois on peut être amené à faire l'opération césarienne, soit par la voie vaginale, comme le recommande Depaul pour les occlusions complètes du col ; soit même

par la voie abdominale ; et en somme, dans ce dernier cas, le Porro serait, nous croyons, l'opération la plus logique dans l'intérêt de la femme.

Mais si, malgré toutes ces précautions, la rupture utérine s'est produite, l'accoucheur doit surtout se hâter d'intervenir, d'où une nouvelle série de procédés opératoires. Son premier soin sera de tâcher d'arrêter l'hémorrhagie, aussitôt qu'on aura terminé l'accouchement.

On pourra appliquer un tamponnement fort serré dans l'intérieur du col, comme le recommande M. Tarnier, puis compléter par un tampon vaginal, en employant la gaze iodoformée ou tout autre produit aussi antiseptique.

L'introduction du sac de Barnes.

Le tamponnement antiseptique de Dührsen ; au niveau du col, on remplace la gaze par des tampons d'ouate salicylée qui s'imprègnent moins facilement.

Tous ces procédés sont parfois insuffisants pour arrêter l'hémorrhagie d'un gros tronc artériel ; ils peuvent agrandir encore la rupture ; enfin ils peuvent nuire à la cicatrisation, ou tout au moins la rendre plus ou moins vicieuse ; mais ils ont aussi l'immense avantage de pouvoir être appliqués presque instantanément.

Signalons comme moyen précieux, facile à pratiquer immédiatement, le procédé de Breisky : on introduit dans le cul-de-sac vaginal postérieur les derniers doigts de la main gauche, la pulpe dirigée en haut ; tandis que les doigts soulèvent la partie inférieure du col et la poussent fortement vers la symphyse, c'est-à-dire contre la lèvre supérieure, l'autre main restée extérieure saisit le globe utérin et l'infléchit en sens inverse, de manière à produire

une antéflexion et un tassement forcé du corps sur le col. Par le fait de cette action combinée, les surfaces créées par le traumatisme sont remises en contact et subissent une pression extérieure qui assure l'hémostase par le rapprochement énergique des points désunis. On maintient cette coaptation pendant cinq à dix minutes ; retirant alors les deux mains avec précaution, on s'aperçoit qu'il ne vient plus de sang.

Le procédé de la suture du col au catgut est un excellent procédé, mais exigeant une installation et un attirail complet ; trop long à préparer dans les cas où une ou deux minutes de plus ou de moins sont souvent une question de vie ou de mort pour la femme (1).

On a aussi préconisé la ligature directe de l'artère utérine (Dührsen).

Enfin signalons encore ce moyen d'hémostase provisoire, dans les ruptures du col consécutives à l'accouchement. « M. le docteur Parsenow, de Stettin, fut un jour appelé auprès d'une femme qui étant accouchée par une version, fut prise d'une hémorrhagie artérielle abondante provenant d'une déchirure étendue du col. La compression manuelle étant insuffisante, voulant procéder à la ligature des vaisseaux et à la suture de la plaie utérine, Parsenow accrocha la portion vaginale avec des pinces à griffes et l'abaissa jusqu'à l'orifice du vagin, manœuvre qui amena la cessation immédiate et complète de l'hémorrhagie. La suture peut être facilement faite à sec. Cet effet hémostatique s'expliquerait par la torsion et la compression que les ar-

(1) Fraisse, *Nouvelles archives d'obstét. et de gynécol.*, année 1892, n° 25, février 1892.

tères utérines ont subies, par suite de l'abaissement forcé de l'utérus. Parsenow pense également que les hémorrhagies survenant après l'accouchement, dans les cas de placenta prævia, peuvent être ainsi également arrêtées » (*Semaine médicale*, 22 juillet 1891).

Mais un des meilleurs procédés serait, après débridement des culs-de-sac, d'aller poser une pince sur le ligament large à son point d'insertion à l'utérus, comme dans l'hystérectomie vaginale.

Un dernier point reste encore, celui d'obvier autant que possible pour l'avenir aux inconvénients ultérieurs de ces sortes de ruptures ; c'est alors que seront indiquées certaines opérations, telles que trachilorrhaphie d'Emmet, section de Schrœder, etc...

En un mot, il s'agit de détruire les brides cicatricielles qui immobilisent l'utérus ; puis réparer le col, en enlevant le coin fibreux qui correspond à l'ancienne déchirure et en faisant porter l'avivement entièrement sur les parties saines.

Signalons à ce sujet un procédé opératoire de M. Pozzi qu'il intitule : Evidement commissural du col. « Voici en quoi ce procédé consiste : on fait d'abord la section bilatérale du col, allant presque jusqu'à l'insertion du vagin, et l'on obtient ainsi deux valves dont les bords latéraux correspondent aux surfaces de section. Le deuxième temps consiste à évider ces bords en enlevant sur chacun d'eux un petit lambeau prismatique, et il ne reste plus qu'à rapprocher, après cet évidement, les surfaces cruentées, et à les suturer muqueuse à muqueuse, avec des fils d'argent. On obtient, de cette façon, un col en bec de canard, très

largement ouvert. M. Segond trouve fâcheux cet état de béance du col ; mais M. Pozzi assure que l'état pathologique d'un col déchiré dépend surtout de la cicatrisation défectueuse des déchirures, devenant la cause d'irritations et le point de départ de phénomènes nerveux réflexes. M. Pozzi croit qu'il n'y a rien de commun entre ces déchirures pathologiques et le résultat que donne cette opération » (1). Cependant il nous semble que cette béance du col constitue un inconvénient, en favorisant l'entrée plus facile des agents infectieux du vagin dans l'utérus. Quoi qu'il en soit cette opération peut dans bien des cas rendre de grands services en détruisant surtout le tissu scléreux survenant à la suite de ces ruptures, en enlevant en quelque sorte la cheville cicatricielle, suivant l'heureuse expression d'Emmet.

En résumé : le premier point sera de tâcher d'éviter la rupture du col et quand le rétrécissement est assez accentué le procédé qui nous semble le meilleur c'est de pratiquer de nombreuses incisions peu profondes, peu à peu, en surveillant attentivement l'état de tension du col.

En cas d'hémorrhagie, suture et ligature immédiate si c'est possible, sinon procédé soit de Parsenow, soit surtout de Breisky, soit tout simplement le tamponnement.

Enfin pour plus tard remédier autant que possible aux cicatrices vicieuses du col, pour éviter tous les accidents et toutes les misères qu'elles entraînent ordinairement à leur suite.

(1) *Société de chirurgie*, 8 février 1893. *Semaine médicale*, 11 février 1893, p. 67.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Multipare. — Métrite. — Cautérisation au chlorure de zinc. — Rétrécissement cicatriciel du col. — Dystocie. — Basiotripsie. — Déchirure du col. — Hémorrhagie. — Guérison (Maternité, service du Dr GUÉNIOT, 27 novembre 1893).

Le lundi 27 novembre 1893, à 6 heures du matin, était amenée à la Maternité, la nommée C..., 34 ans, femme de ménage.

Rappelons en quelques mots les antécédents de cette femme : son père et sa mère sont tous deux vivants et bien portants ; ils ont eu 8 enfants, 4 morts en bas âge, 4 vivants et bien portants. Le mari de cette femme est cardiaque, ne pouvant se coucher sur le côté gauche, cependant il n'a jamais été sérieusement malade.

Quant aux antécédents personnels : née en Dordogne, la 4e sur 8 enfants, élevée au sein de la mère, robuste, bien portante ; aucune maladie dans son enfance, sauf à deux ans une brûlure accidentelle dont elle garde quelques traces à la figure. — Réglée à 17 ans, assez régulièrement ; jamais malade ; habite Paris depuis 5 ans ; mariée un an après.

A 30 ans, elle eut une première grossesse terminée à terme en août 1889 par la naissance d'un garçon assez gros, bien portant ; élevé d'abord au sein, puis envoyé en nourrice, cet enfant est actuellement vivant et bien portant.

Durant cette première grossesse, cette femme eut presque continuellement les jambes enflées : on n'examina pas les urines ; on ne la mit point au lait ; elle avait eu tout le temps de sa grossesse des céphalalgies marquées et des troubles de la vue. Accouchement normal, au

bout de 24 heures de douleurs ; hémorrhagie assez abondante aussitôt après ; délivrance naturelle ; suites de couches normales ; se lève au bout de 8 jours ; reprend son travail trois semaines après ; retour de couches un an après.

Une deuxième grossesse, terminée à terme le 18 avril 1891, fille vivante. Pendant cette grossesse, œdème des jambes, mais bon état général, a pu travailler sauf les deux derniers mois. Accouchement rapide et normal, en 2 ou 3 heures ; pas d'hémorrhagie ; délivrance naturelle : suites de couches normales. Se lève 3 jours après, travaille 8 jours plus tard. Retour de couches 2 mois après.

Cependant à partir de cette époque, elle présente une légère leucorrhée.

4 mois après son accouchement, le bas-ventre est le siège de douleurs, avec sensation de pesanteur; cuisson très marquée au moment de la miction ; pertes blanches continuelles ; de temps en temps légères pertes rosées. Au moment des règles : douleurs très fortes dans le bas-ventre.

Elle ne se soigne pas jusqu'au 17 octobre, époque où un médecin l'envoie à la Charité ; elle y reste quelque temps, s'ennuie et sort avant qu'on ait eu le temps de commencer un traitement.

Cet état continuant, elle entre le 13 ou 14 novembre 1891 à l'Hôtel-Dieu dans le service du Dr Dumontpallier. Le lendemain, un samedi, elle passe au spéculum ; on lui introduit dans le col un crayon de chlorure de zinc; on la reporte dans son lit. Elle reste 48 heures au repos absolu ; au bout de 2 jours, on lui permet de se soulever seulement pour manger. Elle reste ainsi au lit jusqu'au samedi suivant, jour de spéculum : pendant ces 8 jours repos simple, sans injections vaginales ; les pertes sont complètement supprimées immédiatement après l'introduction du crayon.

8 jours après cette introduction, nouvel examen au spéculum, injection vaginale, pansement ; elle regagne son lit en marchant ; nouveau repos de 8 jours, sans autre traitement que quelques lavements évacuants.

Le samedi suivant, 15 jours après l'introduction du crayon, nouvel

examen au spéculum ; le jour même se croyant complètement guérie, elle quitte l'hôpital sur sa demande.

Elle garde le repos encore 3 semaines chez elle, n'ayant plus ni douleurs, ni pertes. Puis elle reprend peu à peu ses occupations.

A la fin de janvier 1892 elle recommence à faire des ménages pendant une quinzaine de jours ; mais bientôt elle présente un œdème de la jambe droite avec faiblesse de ce membre, la forçant de nouveau au repos.

Les règles complètement supprimées, depuis l'introduction du crayon, réapparaissent vers la fin de janvier 1892, sans aucune douleur. Pas de pertes blanches. Seule la jambe droite reste enflée et faible jusqu'en mars 1892, époque à laquelle elle peut reprendre définitivement son travail.

Menstruation régulière, ni douleurs, ni leucorrhée.

Elle redevient enceinte pour la troisième fois au commencement de 1893 ; les dernières règles datent du 23 février 1893, elles ne durent qu'un jour, au lieu de huit, leur durée habituelle ; au mois de janvier ses règles avaient duré 8 jours. Elle continue à travailler toute la journée, sauf pendant les 4 derniers mois, où par prudence elle ne fait plus que des demi-journées. Rien de spécial à signaler pendant cette grossesse.

Le mercredi 22 novembre, cette femme revenant de son travail, fut prise vers 3 heures de l'après-midi de plusieurs petites douleurs avec quelques frissons.

Elle perçut à ce moment plusieurs mouvements très marqués de son enfant ; mouvements qui cessèrent à partir de ce moment, selon son dire.

Dans la nuit du 22 au 23, elle fut prise plusieurs fois de douleurs abdominales très marquées, qui lui firent croire le mouvement de l'expulsion venu.

Le 23 dans la matinée, les grandes douleurs ne se renouvellent pas, mais elle ressent continuellement de légères douleurs lombaires. Elle va alors consulter une sage-femme, qui l'examine et lui déclare qu'elle accouchera probablement bientôt et que le travail n'est pas encore commencé.

Les petites douleurs lombaires continuant, cette femme reste chez elle et se couche dans la soirée.

La nuit suivante (23 au 24 nov.) encore quelques légères douleurs lombaires, qui se continuent dans la journée du 24 et la nuit suivante.

Le samedi 25 novembre dès le matin les douleurs sont plus répétées et plus intenses.

Vers 7 heures du matin : rupture de la poche des eaux, suivie d'une accalmie relative.

Les douleurs lombaires sont à peine marquées durant les journées des 25 et 26 novembre.

La sage-femme, alors appelée, trouve le col encore long quoique perméable et conseille à la femme d'aller à l'hôpital.

La journée et la nuit du dimanche 26 novembre se passent ainsi et ce n'est que le lundi matin 27 novembre que cette femme se décide à se faire amener à la Maternité, à 6 heures du matin.

Les douleurs ont pour ainsi dire complètement disparu.

Examinée à son entrée :

L'aspect de cette femme dénote une constitution normale, plutôt grande et forte ; l'utérus est développé comme un utérus à terme.

Au palper, facile à faire, on reconnaît une présentation du sommet, la tête est engagée dans l'excavation, le siège au fond de l'utérus, le dos à droite et en avant.

A l'auscultation : bruits du cœur normaux, nettement entendus au niveau de la ligne médiane.

Au toucher : la vulve est large et souple ; le vagin est normal ; le bassin est large, régulier, plutôt grand.

Quand on examine le col, on le trouve ramolli, de consistance d'un chiffon ; il a toute sa longueur et l'on pénètre facilement dans sa cavité. L'orifice externe est très dilatable, sa cavité également ; mais quand on arrive à l'orifice interne on est arrêté par une sorte d'arête rigide.

En effet l'orifice interne ne présente plus cette consistance molle des parties précédentes ; il semble qu'un lacet, passé dans son intérieur, ferme solidement cet orifice. Consistance dure, ligneuse ; tension ex-

trême des tissus ; les bords de cet orifice interne sont tranchants sous le doigt qui l'explore, rappelant assez bien la consistance d'un col de primipare au moment de la dilatation.

Donc transition brusque de consistance et de dilatation, entre l'orifice interne et les parties sous-jacentes du col.

Tandis que les parties ramollies sont extrêmement dilatables, l'orifice interne est à peine dilaté, deux centimètres environ, si bien que la pulpe du doigt peut seule s'engager par cet orifice rigide.

Toutefois si l'on prolonge quelque temps son examen on trouve que par moment il existe une sorte de détente, dans la dilatation seulement, si l'on peut s'exprimer ainsi, car la consistance reste la même, le pourtour de l'orifice reste toujours dur et tranchant. Dans ces sortes de moment de détente, la dilatation est à peu près de trois centimètres et le doigt pénétrant alors au delà, dans la cavité du corps, reconnaît directement le cuir chevelu venant s'appliquer sur cet orifice, le doigt peut même contourner la tête sur une étendue de 3 à 4 centimètres de rayon. On reconnaît que la poche des eaux est rompue et le cuir chevelu est œdématié ; la fontanelle postérieure est un peu à droite et en avant de l'orifice interne. La tête appuie fortement sur le segment inférieur et le doigt; fortement serré entre les deux surfaces fœtale et utérine, ramène des mucosités sanguinolentes. On diagnostique : présentation du sommet en O. I. D. A.; rupture prématurée de la poche des eaux ; bassin normal ; col perméable, sauf orifice interne rigide.

Au moment où l'orifice interne présente son maximum de dilatation, soit trois centimètres, la femme souffre légèrement. La présence du doigt semble un peu agir dans ce sens ; l'orifice a une tendance à revenir à une dilatation moindre aussitôt que le doigt est retiré.

Cette femme ne présente aucune modification dans son état depuis six heures jusqu'à deux heures de l'après-midi.

D'après les renseignements cités plus haut, on pense à la rigidité cicatricielle, d'autant plus que l'état du col affirme ce diagnostic.

A deux heures, l'état restant le même, Mme Henry et nous l'ayant examinée à nouveau, nous plaçâmes un ballon de Barnes, au-dessus de l'orifice interne ; on le gonfle avec un liquide antiseptique : la dilatation supérieure correspondant à la cavité du corps, la dilatation infé-

rieure correspondant à la cavité du col, la partie rétrécie correspondant à l'orifice interne ; mais le ballon ne peut rester en cette position, aussitôt il est expulsé. On prend alors le parti de laisser le ballon tout entier au-dessus de l'orifice interne ; ce ballon, maintenu ainsi plusieurs heures en place, n'amène aucun résultat.

A 5 heures, on fait prévenir M. Guéniot, qui arrive vers 6 heures. M. Guéniot constate l'état signalé plus haut : l'orifice interne présentant une dilatation d'environ 3 centimètres.

M. Guéniot fait alors endormir la femme, puis ayant introduit son divulseur (flambé et aseptique) dans le col, il commence à exercer des pressions d'abord dans le sens transversal, puis dans le sens antéro-postérieur ; pendant ces manœuvres il s'écoule par la vulve une petite quantité de sang.

Au bout de quelque temps, la résistance de l'orifice interne est en partie vaincue grâce aux fissures produites par le divulseur sur tout le pourtour du col. Cette semi-dilatation permet même à M. Guéniot d'introduire un forceps (Levret) et d'aller saisir la tête suivant une prise transversale. A ce moment l'auscultation permet de reconnaître des battements fœtaux normaux. M. Guéniot commence alors des tractions sur le forceps, l'orifice interne résiste encore et l'exploration faite avec le doigt permet de reconnaître de nombreuses et courtes fissures sur le pourtour de cet orifice ; seul un point semble intact et encore très résistant au côté droit du col. C'est probablement ce point qui s'oppose encore à la dilatation ; la tête cependant semble bien près de passer ; M. Guéniot pense alors à faire quelques entailles sur ce point résistant. Pendant ce temps un changement s'est produit, on n'entend plus à l'auscultation aucun battement fœtal ; de nouvelles auscultations répétées par plusieurs personnes confirment l'absence des bruits du cœur de l'enfant.

On attend encore quelques instants et l'on se décide enfin pour une basiotripsie ; cependant pour éviter des manœuvres répétées, M. Guéniot préfère, laissant son forceps de Levret en place, perforer par 2 fois le crâne avec le perforateur de Blot : puis serre fortement les 2 branches de son forceps au moyen d'une serviette roulée ; une petite quantité de matière cérébrale s'échappe seulement, mais suffisante cepen-

dant pour qu'après quelques tractions la tête puisse franchir l'orifice utérin. Les épaules donnent lieu aussi à quelques difficultés facilement surmontées. Enfin l'enfant est extrait.

Aussitôt après son expulsion, on constate que le cordon est rompu à quelques centimètres de l'ombilic. (Rappelons à ce propos que le cordon avait été senti le matin en demi-procidence vers la partie pariétale droite, c'est-à-dire postérieure de la tête fœtale ; le forceps a donc pu opérer des tractions sur le cordon d'une manière assez intense pour le rompre.)

L'expulsion du fœtus a lieu à 7 heures du soir.

La femme, pendant ces manœuvres, a perdu une certaine quantité de sang.

Examinant alors l'état des organes de la femme, on constate : périnée intact, vulve légèrement éraillée, vagin normal ; le col de l'utérus présente de nombreuses fissures, peu profondes à gauche, en avant et en arrière ; mais à droite le doigt reconnaît une large déchirure intéressant toute la hauteur du col et remontant en dedans jusqu'à l'orifice interne inclusivement, mais qui ne semble guère se prolonger plus haut ; en dehors cette déchirure s'étend jusqu'au cul-de-sac vaginal droit, puis s'incurvant brusquement en avant se prolonge en une fissure en avant du col dans le cul-de-sac antérieur et devient de moins en moins profonde à mesure que l'on se porte vers la gauche.

La femme continue à perdre du sang ; la délivrance tardant à se faire, nous allâmes décoller le placenta, fixé dans la corne gauche, et amenâmes facilement une délivrance complète.

Injections vaginales et intra-utérines, à très faibles pressions, lotions, etc... et enfin tamponnement du col et du vagin à la gaze iodoformée.

La femme a cessé d'être sous le chloroforme aussitôt après l'expulsion de l'enfant.

Au moment où la tête franchit le col, M. Guéniot sentit tout à coup la résistance céder brusquement, moment où probablement s'est produite la rupture. La perte de sang avait du reste un peu augmenté au moment de l'expulsion.

L'enfant, un garçon, pesait 3200, sans déduction de la petite quantité de matière cérébrale extraite.

La femme, depuis le tamponnement, ne perd plus de sang. Grande fatigue.

Soirée du lundi, 27 *novembre* : état assez satisfaisant ; température : 37°.

Nuit suivante : insomnie, un peu d'agitation.

Mardi 28 *novembre* : matin : pouls, 104 ; température : 36°8.— Soir : 37°3 ; langue bonne, peu d'appétit ; utérus au niveau de l'ombilic ; miction facile ; pas d'hémorrhagie.

Mercredi 29 *novembre* : état général bon ; pouls : 80 ; température : 37°6, le matin et 38°8 le soir (friction de gaïacol) ; utérus à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

On retire le tamponnement ; pas d'hémorrhagie. L'examen du col montre des fissures et déchirures peu marquées à gauche ; large déchirure à droite, jusqu'à l'orifice interne et au delà en dedans, jusqu'au cul-de-sac droit en dehors et se prolongeant dans le cul-de-sac antérieur jusque vers le côté gauche, les bords en sont saillants et boursouflés.

Le 30 *novembre* : état général satisfaisant ; pouls : 84 ; température normale ; lochies sanguines.

Les 1er, 2 et 3 *décembre* : état toujours satisfaisant.

Lundi 4 *décembre* ; même état ; pouls 80 ; lochies séro-sanguines.

L'examen du col fait alors reconnaître un bourgeonnement actif des parties dilacérées ; presque entièrement cicatrisées à gauche : quant à la large déchirure de droite, elle est beaucoup moins profonde et en partie comblée par des bourgeons charnus, son prolongement dans le cul-de-sac antérieur est complètement fermé. État satisfaisant les jours suivants, la rétrocession de l'utérus se fait normalement.

Le 8 *décembre*, 11e jour après son accouchement, cette femme sort sur sa demande. Le col est tout à fait cicatrisé ; seule la déchirure de droite empiétant un peu en avant est encore le siège de bourgeons charnus végétants. Son col semble divisé en deux lèvres l'une à droite et en arrière ; l'autre à gauche et en avant.

Nous avons cherché à revoir cette femme, mais nous n'avons pu la retrouver.

Observation II.

Brides cicatricielles du col de l'utérus. — Hémorrhagie post partum *produite par des déchirures multiples du tissu utérin. — Mort.* — (Maternité : 30 octobre 1891 ; recueillie par M. Renault, interne d'accouchement, service du Dr Guéniot (n° 2978).

La nommée N..., femme C..., se présente à la Maternité, le 30 octobre 1891, à 8 heures du matin. L'examen obstétrical, pratiqué à la salle Lachapelle, donne les renseignements suivants : utérus développé, incliné à droite, s'élevant au niveau de la base du thorax ; l'état de contraction des parois ne permet pas de reconnaître l'attitude du fœtus par le palper : il semble pourtant que l'extrémité pelvienne occupe le fond de l'utérus : vraisemblablement la tête est en bas. L'auscultation ne révèle aucun bruit d'origine fœtale ; du reste le fœtus a cessé de remuer depuis la veille, dit la mère. Le col est long, ouvert dans toute son étendue, il est boursouflé, mamelonné à droite, à surface interne saignante : à gauche existe une bride de tissu cicatriciel étendue de l'orifice interne, ce tissu est dur, tendu, ne se laisse pas facilement écarter par le doigt explorateur.

Les membranes sont rompues depuis 6 heures du matin et le liquide amniotique s'est écoulé en abondance, la partie fœtale ne faisant pas bouchon sur l'orifice interne, parce qu'elle est élevée et se présente en O. I. D. P. Le bassin est normal.

Cette femme perd un peu de sang pendant qu'on pratique le toucher. A l'interrogatoire, cette femme donne les renseignements suivants :

Agée de 30 ans ; elle a déjà accouché deux fois d'enfant vivant ; son dernier accouchement date du mois de juin 1889.

C'est à la suite de cette parturition qu'elle est prise d'une hémorrhagie abondante qui nécessite son entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Dr Dumontpallier, lequel lui introduit, dans la cavité du col, un crayon de chlorure de zinc, amenant la suppression de tout écoulement.

Les phénomènes généraux que cette femme ressentait habituellement au moment de ses règles existent, sauf l'écoulement sanguin ; bien

plus, tous les malaises sont augmentés, tension dans le bas-ventre, douleurs dans les cuisses et les lombes, ténesme vésical et rectal.

Pendant 18 mois l'état reste stationnaire ; elle vient à la consultation de gynécologie de la Maternité, où le Dr Bouilly pratique le cathétérisme utérin ; les règles réapparaissent au mois de janvier 1891, assez abondantes, elles se renouvellent du 10 au 13 février.

Cette femme se trouve alors dans des conditions de santé normale.

Elle devient enceinte vers le 20 février ; ce qui fait qu'elle est actuellement enceinte de 8 mois 1/2 environ.

Quoique déprimée, anémique, l'évolution de la grossesse actuelle n'a déterminé chez elle aucun malaise particulier.

Mme Henry après avoir examiné la parturiente trouve le cas intéressant, et porte un pronostic fort réservé quant à l'issue de l'accouchement ; le tissu cicatriciel du col formant un cas de dystocie.

M. Guéniot ayant été prévenu examine cette femme vers 9 h. 30 ; l'état est alors modifié ; l'orifice utérin présente une dilatation de trois centimètres environ ; une tête malléable appuie sur les bords de l'orifice ; le segment inférieur est repoussé dans le vagin ; ces parties présentent un léger œdème.

A ce moment la femme ressent un violent frisson ; pouls 124, température axillaire 38°5. Les contractions utérines sont énergiques, fréquentes.

Il s'écoule à peine 10 minutes, 9 h. 45 du matin et l'accouchement se termine spontanément par l'expulsion d'un enfant mort (sexe masculin ; poids 2.800 grammes ; présentant quelques phlyctènes cutanées).

L'expulsion du fœtus est suivie de l'expulsion de l'arrière-faix lequel pèse 300 grammes, le placenta de forme circulaire présente un cotylédon isolé et dans un point du bord placentaire plusieurs lobes sont dégénérés.

Des caillots de formation récente accompagnent l'arrière-faix, leur poids est d'environ 500 grammes.

L'accouchement est suivi d'une hémorrhagie assez abondante. L'utérus se rétracte sous l'influence d'injections intra-utérines à 48° (sublimé et permanganate).

Malgré ces injections chaudes et une injection sous-cutanée d'ergotine d'Yvon, l'écoulement sanguin continue, la patiente s'affaiblit et se décolore rapidement.

On fait la compression de l'aorte à travers la paroi abdominale facile à déprimer. M. Guéniot fait faire successivement 6 piqûres d'ergotine.

Le muscle utérin se relâche. Le pouls est filiforme, presque inappréciable à la radiale. On fait plusieurs injections d'éther, des inhalations d'oxygène. La femme s'agite, hoquet, nausées.

Presque en même temps on pratique un tamponnement, à la gaze iodoformée, poussé jusque dans le col et maintenu quelque temps par deux doigts introduits dans les voies génitales. L'hémorrhagie continue malgré un nouveau tamponnement du col et du vagin.

On fait plusieurs injections sous-cutanées de sérum artificiel ; l'autotransfusion.

La femme succombe à 11 h. 30 du matin, le 30 octobre 1891, une heure trois quarts après son accouchement.

Immédiatement après la mort, M. Guéniot et Mme Henry pratiquent le toucher manuel et constatent de nombreuses déchirures du tissu utérin, formant des sillons profonds, ces déchirures semblent beaucoup plus marquées à gauche.

L'autopsie, faite le lendemain par M. Renault, interne du service, donne les renseignements suivants :

L'utérus est dur, épais, volumineux ; il est enlevé avec le vagin, ouvert ; ses parois sont épaisses de 4 à 5 centimètres sur les faces antérieures et postérieures, un peu plus épaisses au fond, plus minces au niveau du segment inférieur. Au-dessous de l'orifice interne existent de grandes déchirures étendues jusqu'à l'orifice externe.

Au-dessus de l'orifice interne on trouve un bourrelet transversal faisant une saillie sur la face interne, saillie facilement appréciée au toucher sous forme d'une crête vive.

Les déchirures qui intéressent la face interne du col sont parallèles les unes aux autres, mais il en existe une plus profonde à gauche, laquelle mesure sept centimètres dans le sens vertical sur la face interne, moins étendue sur la face externe du col mais entamant cepen-

dant l'insertion vaginale. Près de cette déchirure principale on trouve un tissu utérin dur, lisse, inextensible.

Foie gras, reins et cœur normaux, quelques tubercules pulmonaires.

Observation III.

Cinquième grossesse. — Gros œuf. — Absence d'accommodation. — Présentation transversale. — Procidence d'un bras, du membre inférieur droit et du cordon. — Extraction en S. I. D. — Bride cicatricielle. — Hémorrhagie cervicale. — Mort de la femme. — Enfant vivant (4.700 *grammes*).

Clinique Baudelocque, registre octobre 1891, n° 1407. Service du professeur Pinard. — Observation du Dr Varnier).

Femme venant de Neuilly, entrée le 31 octobre 1891.

Cinquième grossesse : dernière apparition des règles le 25 janvier 1891 ; quelques douleurs abdominales pendant le cours de cette grossesse ; rien de spécial à signaler dans les antécédents : squelette normal ; bonne santé habituelle.

Première grossesse en 1882. Enfant volumineux, application de forceps ; l'enfant est mort à 7 ans de rougeole.

Deuxième grossesse en 1884. Accouchement normal. Enfant vivant.

Troisième grossesse en 1886. Accouchement normal. Enfant mort de rougeole à 26 mois.

Quatrième grossesse en 1890. Présentation du siège, accouchement spontané, enfant mort-né.

Le 31 octobre 1891 : à l'arrivée de cette femme, M. Pinard constate une présentation de l'épaule gauche, conseille de faire la version par manœuvres externes et d'appliquer la ceinture.

L'élève chargé de cette femme fait la version avec la plus grande facilité et, sous la direction de Mlle Vaillant, il applique la ceinture. La tête se maintient en place jusqu'à 8 heures 1/2 du soir ; à ce moment en pratiquant le toucher on trouve le vide, la tête siège dans le flanc gauche au niveau du détroit supérieur ; on retire la ceinture ; à ce moment les douleurs sont un peu plus fréquentes ; Mlle Rose veut ramener la tête, mais sans succès, elle reste extrêmement élevée ; on

laisse les choses en cet état ; les membranes sont intactes ; les douleurs peu intenses.

Mlle Rose fait prévenir à 2 heures du matin le Dr Potocki, chef de clinique, que la dilatation est presque complète et qu'il y a présentation de l'épaule ; M. Potocki empêché me fait prévenir. A mon arrivée, vers 4 heures du matin, je trouve la tête dans le flanc gauche, le siège dans la fosse iliaque droite, le dos en avant ; la poche des eaux est intacte. Par manœuvres externes et sans difficulté je ramène la tête au-dessus de l'aire du détroit supérieur et la confie à Mlle Rose qui la maintient non sans peine, cette tête reste très élevée et tend sans cesse à filer ; le toucher explique pourquoi : dans une poche des eaux énorme, ayant dilaté au maximum l'orifice dont les bords semblent assez souples, se trouvent un membre thoracique, le membre inférieur droit et le cordon ; ces parties procidentes empêchent la descente de la tête qu'on sent par le toucher manuel en avant et en haut au-dessus du détroit.

La rétropulsion étant impossible, je romps les membranes et saisissant le pied droit postérieur, que la rotation transforme aisément en pied antérieur.

La descente du siège et le dégagement des bras et de la tête se font comme pour une sacro-iliaque droite, sans qu'à aucun moment j'éprouve la moindre résistance ; c'est la version la plus simple que j'ai faite. La parturiente ne pousse pas un cri et nous ne notons aucun symptôme anormal.

L'enfant qui pèse 4.700 crie de suite ; un flot de liquide amniotique de coloration normale l'a suivi.

Pendant que je m'occupe de l'enfant, Mlle Vaillant fait une injection vaginale chaude et extrait immédiatement (4 h. 17) le placenta qui se présente à la vulve, membranes intactes.

On fait ensuite une injection intra-utérine, qu'on prolonge un peu, l'eau étant colorée. Ce n'est qu'au bout de quelques minutes, que mon attention est appelée par la persistance de l'hémorrhagie, malgré la rétraction utérine parfaite. Nous pensons à une hémorrhagie vulvaire ou vaginale. La femme mise en travers, les valves appliquées, il me paraît que l'hémorrhagie qui se fait sans saccades et par un jet bien visible, n'est ni vulvaire, ni vaginale, mais cervicale et vient d'une déchirure

du col dont je crois atteindre la limite supérieure en dessous de l'insertion vaginale. Il ne me paraît pas que la déchirure gagne le segment inférieur. Ne pouvant mettre à nu la source du sang et l'hémorrhagie devenant inquiétante (le temps de se préparer et malgré la compression manuelle on a recueilli 950 grammes de caillots), je tamponne avec trois paquets de gaze iodoformée.

L'hémorrhagie paraît arrêtée ; l'utérus reste dur et bas ; le coton vulvaire n'est plus taché.

A part l'accélération et la petitesse du pouls, l'accouchée ne présente aucun des phénomènes qui accompagnent les hémorrhagies graves, ni baillements, ni tintements d'oreille, ni nausées, ni tendances syncopales.

Je la quitte à cinq heures, laissant près d'elle Mlle Galuchet ; à 7 heures 1/2, Mlle Rose me téléphone que la femme vient de mourir.

Voici le récit de Mlle Rose : « Après le départ de M. Varnier, au bout de quelque temps, je remarque la petitesse du pouls et ses intermittences ; j'élève les membres inférieurs ; piqûres d'éther ; champagne ; la femme va un peu mieux ; Mlle Galuchet reste auprès d'elle, la main sur l'utérus et examinant souvent s'il ne s'écoule pas de sang par le vagin. A 7 heures, elle me fait prévenir que la femme ne respire plus et que l'on sent à peine son pouls. Je remarque tout d'abord des marbrures sur tout le corps ; piqûres d'éther, oxygène, respiration artificielle ; mais la femme meurt au bout d'une demi-heure ».

Je reviens à la clinique à 8 heures, et voici ce que je constate : l'utérus est resté petit, dur et bas ; le coton vulvaire présente une tache de sang de la largeur d'une pièce de cent sous ; pas de sang sur l'alèze.

J'extrais le tampon, derrière lequel il n'y a pas de caillots, mais qui est imbibé (trois paquets de soixante grammes ensemble, pesaient alors cinq cent soixante grammes).

Autopsie. — Incision de la paroi abdominale ; la cavité abdominale étant ouverte on voit le foie affleurant les fausses côtes droites, l'estomac légèrement distendu par des gaz : le côlon transverse placé immédiatement au-dessous de l'estomac décrit une courbe à concavité supérieure dans laquelle est placé l'estomac et affleurant par sa convexité l'utérus, les anses de l'intestin grêle débordent à droite et à gauche au

niveau des deux flancs. L'utérus est placé directement sur la ligne médiane et l'on voit aussi bien la trompe droite que la trompe gauche ; le fond de l'utérus s'élève à 14 centimètres au-dessus de la symphyse. En renversant l'utérus à droite on découvre une ecchymose sur le ligament large gauche. Les ligaments ronds sont hypertrophiés, tandis que les trompes ne le sont en aucune façon. L'utérus étant enlevé avec le vagin et la vessie, on l'incise et on constate une déchirure de 5 centimètres de long environ correspondant à l'ecchymose du côté gauche partant d'une ancienne déchirure cicatrisée du col au segment inférieur. Dans cette rupture, peu étendue, fut comprise l'artère utérine, source de l'écoulement sanguin que l'on ne put arrêter.

Observation IV.

Secondipare. — Cautérisation du col antérieure. — Hémorrhagie. — Rupture artificielle des membranes. — Tête du fœtus mal ossifiée. — Application de forceps. — Mort de la mère et de l'enfant. — (Clinique Baudelocque, mai 1893, n° 731. Service du professeur Pinard, observation du Dr Lepage).

Secondipare, entrée à la salle de travail le 20 mai 1893, à 10 heures du soir. A son entrée, on constate qu'elle n'est pas en travail, on la place au dortoir pour être surveillée. Elle prétend avoir eu un frisson très intense chez elle.

Au point de vue des antécédents : père mort, mère bien portante, sœur morte à 18 ans de fièvre typhoïde ; son mari a des antécédents tuberculeux. Réglée à 17 ans ; rougeole à 7 ans ; scarlatine à 8 ans.

Immédiatement après son premier accouchement, qui fut normal, cette femme présente les symptômes objectifs et fonctionnels d'une endométrite.

Elle est successivement traitée par quatre médecins qui font des cautérisations ; finalement elle consulte le Dr Dumontpallier à l'Hôtel-Dieu qui la traite par l'introduction d'un crayon de chlorure de zinc, laissé en place 9 jours ; à la suite de cette médication énergique, la malade va mieux pendant trois mois ; puis les douleurs et la leucorrhée réapparaissent et la malade se décide à consulter le Dr Périer à Lari-

boisière ; on diagnostique une salpyngite gauche, dont on fait l'ablation le 16 mars 1892 ; l'ovaire droit trouvé sain et prolabé.

La malade quitte l'hôpital en mai, bien portante et devient enceinte trois mois après.

2e grossesse, grossesse actuelle, dernières règles le 17 août 1892 ; aucun trouble à signaler pendant cette grossesse ; urines normales ; bassin normal.

Présentation du sommet en O.I.G.T. — Enfant vivant.

Le 21 mai 1893, à 1 heure du soir, les douleurs étant plus intenses cette femme est ramenée à la salle de travail ; à ce moment la dilatation est comme le diamètre d'une pièce de 5 francs ; l'enfant se présente en O.I.G.T. Il se fait un écoulement sanguin assez considérable au niveau des organes génitaux.

A 2 h. 5 du soir : rupture artificielle des membranes alors que la dilatation est grande comme une paume de main, le liquide qui s'écoule est vert, et en quantité assez considérable.

On s'aperçoit à ce moment que les bruits du cœur fœtal sont ralentis (60 par minutes), puis ensuite accélérés ; on prévient le Dr Lepage, chef de clinique, à 2 h. 50.

A 3 h. 20, le Dr Lepage, ayant examiné cette femme, constate que l'utérus est volumineux et distendu dans tous ses diamètres. Les bruits du cœur sont alternativement fréquents et ralentis.

Au toucher, l'orifice est dilaté comme une paume de main ; il existe un œdème très marqué de toute la portion antérieure du col ; à gauche il persiste une assez longue portion du col. La main pénètre sans difficulté à travers cet orifice incomplètement dilaté, la tête est extrêmement élevée, déviée vers la gauche ; elle présente une sorte de bosse séro-sanguine volumineuse, qui n'est autre que le cuir chevelu soulevé par la substance cérébrale, le pariétal droit faisant presque complètement défaut, le pariétal gauche est lui-même très peu ossifié. Le liquide qui s'écoule de l'utérus est de couleur café léger, ne ressemblant nullement au liquide amniotique teinté par le méconium.

La consistance de cette tête est si faible que M. Lepage se demande si cet enfant n'est pas mort et si les bruits du cœur qu'on entend encore ne sont pas ceux d'un autre fœtus. L'exploration méthodique de

l'utérus ne permet toutefois de ne reconnaître qu'un fœtus. Malgré quelques hésitations à faire une application de forceps sur une tête si mal ossifiée, M. Lepage se décide cependant à intervenir. Après avoir constaté qu'il n'y a pas de procidence du cordon, l'application de forceps est faite facilement et la tête descend aisément jusqu'au niveau de l'orifice utérin ; les tractions sont modérées et la tête se dégage doucement après rotation. Le fœtus respire, ayant la tête à la vulve. On éprouve alors les plus grandes difficultés pour extraire les épaules, qui sont engagées suivant un diamètre presque antéro-postérieur ; la tête est appliquée contre la vulve ; M. Lepage et Mlle Rose introduisent à 2 ou 3 reprises la main pour tâcher d'accrocher une épaule ; ce n'est qu'après des tractions très énergiques qu'on parvient à abaisser l'épaule postérieure et à dégager le bras correspondant. Le fœtus ne respire plus. Le reste de l'extraction ne présente rien de particulier. Expulsion de la tête : 3 h. 30 ; terminaison de l'accouchement 3 h. 42. Délivrance normale.

22 *mai*. — Soir : agitation, frissons, température : 40° ; piqûre de morphine et irrigation continue ; la température baisse progressivement à 39°3 ; puis dans la soirée à 38°9.

23. — Matin : 37°6, agitation, on continue l'irrigation continue. Le soir : frissons, abattement, température : 39°.

24. — Matin : 38° ; le soir 37°6 ; abattement, nausées, vomissement. Coma, respiration saccadée.

Mort de la femme le 25 mai à 6 heures du matin.

L'enfant, du sexe féminin, n'a respiré que quelques minutes ; poids : 4.010 grammes ; longueur 52. Diamètres : O.M. = 15. — O.F. = 11,3. — S.O.B. = 9. — S.O.F. = 10. — BiP. = 9,5. — BiT. = 8,4. — S.M.B. = 10,1.

Placenta discoïde. — Poids : 460. — Membranes complètes.

Observation V.

Brides cicatricielles du col. — Débridement. — Application de forceps sans résultat. — Céphalotripsie (Thèse de Tissier, Paris, 1860).

Louise L... femme V... 34 ans ; réglée pour la première fois à l'âge

de 12 ans. Enceinte pour la seconde fois. Cette femme est accouchée d'un garçon à terme il y a 15 ans ; l'accouchement, dit-elle, a été extrêmement laborieux, on fut obligé de faire plusieurs applications de forceps pour la délivrer. L'enfant n'a survécu que quelques heures à l'accouchement.

Les premières douleurs se font sentir le 19 décembre 1858, à 11 heures du soir.

Cette femme n'entre à l'hôpital que le mardi 21 décembre au matin.

M. P. Dubois l'examine : au toucher, il apprécie très bien la circonférence du cul-de-sac utéro-vaginal, mais il ne peut trouver l'orifice utérin.

Le spéculum est introduit et l'on aperçoit au fond du vagin des brides de tissu cicatriciel, séparant des bourrelets mous et comme boursouflés.

L'état de la mère et celui de l'enfant étant satisfaisants, M. Dubois quitte la femme, se proposant de revenir 2 ou 3 heures après.

A 1 heure, il touche de nouveau la femme, et trouve tout à fait en arrière un orifice suffisant pour permettre l'introduction du doigt indicateur, et pour sentir la tête du fœtus. Cet orifice était limité par un bord postérieur très épais, et par un bord antérieur très mince, auquel aboutissait une cicatrice linéaire. On pratique trois incisions sur la circonférence du col : ce débridement est immédiatement suivi d'une augmentation de la dilatation à l'orifice grande comme une pièce de 5 francs et l'on reconnait une position occipito-iliaque gauche antérieure.

A 4 heures la dilatation avait à peine marché ; on fit deux applications de forceps avec précaution sans résultat, M. P. Dubois se décida, à 4 h. 1/2, à perforer le crâne de l'enfant et à faire la céphalotripsie.

Tout alla pour le mieux pendant quelques jours, l'état de la femme était très bon, lorsqu'elle fut prise le 26 décembre, c'est-à-dire 5 jours après son accouchement, de fièvre puerpérale, et elle succomba le 28 décembre.

A l'autopsie on trouva une grande quantité de pus dans le péritoine et les plèvres.

Observation VI.

(Hillsmann, *Southern Med. Rec.*, août 1893, p. 414).

Une femme de 27 ans, ayant été traitée 6 mois avant sa grossesse pour une endométrite. Grossesse normale : au moment de l'accouchement, on découvre l'oblitération du col par des adhérences inflammatoires qui sont rompues avec un hystéromètre : la dilatation est ensuite faite avec les doigts sous le chloroforme. Guérison avec règles normales.

BIBLIOGRAPHIE

Aschwell. — *Guy's hosp. rep.*, avril 1837.

Barry. — Un cas de rupture de l'utérus. — Académie royale de médecine d'Irlande, 12 février 1892. *Semaine médicale*, Lettres d'Angleterre, 27 février 1892.

Boyer. — *Contribution à l'étude de l'oblitération du col utérin chez la femme en couches.* Thèse doctorat, Paris, 1890.

Bailly. — *Archives de tocologie*, mars 1879.

Budin. — *Progrès médical*, 2 et 16 avril 1887.

— *Leçons de clinique obstétricale*, 1889.

Busquet. — *Société anatomique*, 7 avril 1882.

Bouchacourt. — *Dictionnaire encyclop. des sciences médicales*, t. XXXI.

Batut. — *Du cautère actuel dans certaines affections du col de l'utérus.* Thèse Paris, 1850.

Bunting (de Philadelphie). — *Traitement de la rigidité du col utérin pendant l'accouchement.* Thèse Paris, 1861.

Bar. — *Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement.* Thèse agrégation, 1886.

Auvard. — Pseudo-rigidité du col par inclinaison de l'utérus. *Semaine médicale*, 11 février 1891.

Cadeac. — *Rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement.* Thèse Paris, 1859.

Cadiergues. — *Contribution à l'étude des déchirures obstétricales du col.* Thèse Paris, 1892.

Carbonel. — *Du traitement des métrites par le chlorure de zinc en solution.* Thèse Bordeaux, janvier 1893.

Capuron. — *Cours théorique et pratique d'accouchements.* Paris, 1816, p. 596 à 604.

Costilhes. — *Gaz. hebdomad.*, 1816.

Coutouly. — *Mémoires*, p. 58.

Courvoisier. — *Corresp. blatt. für Schweiz Aerzte*, 1874, n° 18, 15 septembre 1874.

Charpentier. — *Traité pratique des accouchements*, tome II.

Depaul. — *De l'oblitération du col de l'utérus chez la femme en couches et de l'opération qu'elle réclame.* Paris, 1860.

— *Archives de tocologie*, 1876.

Dubreuil. — *De l'emploi du nitrate d'argent et du caustique de Filhos dans le traitement des ulcérations du col.* Thèse Paris, 1852.

Doléris et Mme Mesnard. — Syphilis du col. Fausses rigidités du col utérin pendant l'accouchement. *Nouvelles archives de gynécol. et obstét.*, 1884-1885.

Fraisse. — *Nouvelles archives d'obstét. et de gynécol.*, 25 février 1892.

Godefroy. — *Revue de thérap. méd. chir.*, 1862, juin.

Grilhaut des Fontaines. — *Du traitement de la métrite du col.* Thèse Paris, 1893.

King. — The rigid os and labor. *The medical Standard*, nov. 1893, p. 137.

Mme Lachapelle. — *Pratique des accouchements.* Paris, 1821, t. III, 10e mémoire.

Laborde. — *Des hémorrhagies par déchirure du col après l'accouchement.* Thèse Paris, 1891.

Lecamus. — *De la rigidité syphilitique du col de l'utérus comme cause de dystocie.* — *Sclérose syphilitique du col.* Thèse Paris, 1891.

Laborie. — Du débridement du col de l'utérus. *Gazette méd. de Paris*, 1846.

Letixerant. — *Quelques observations pratiques sur la cautérisation du col de l'utérus.* Thèse Paris, 1852.

Mattei. — *Bulletins de l'Académie de médecine de Paris*, 8 juillet 1862, t. XXVII, p. 969.

Maygrier. — *Cliniques*, 1893.

Morneau. — *Accidents consécutifs à la cautérisation intra-utérine par le crayon de la pâte de Canquoin et leur traitement.* Thèse Paris, 1891.

Nœgelé et Grenser. — *Traité de l'art des accouchements.* Traduction Aubenas. Paris, 1869.

Guillemin. — *Considérations sur divers états du col de l'utérus faisant obstacle à l'accouchement spontané.* Thèse Paris, 1855.

Pozzi. — Evidement commissural du col. *Société de chirurgie,* 8 février 1893.

Parsenow (de Stettin). — Moyen d'hémostase provisoire dans les ruptures du col consécutives à l'accouchement. *Semaine médicale*, 22 juillet 1891.

Putégnat. — *Travaux et observations*, 1868.

Artières. — *Déchirures du col de la matrice et trachilorrhaphie.* Thèse Montpellier, 1891.

Rœnel. — *Du col de l'utérus dans l'accouchement.* Thèse Strasbourg, 1847.

Richter. — Spontankeilung einer ruptura uteri intra partum. *Deutsche med. Wochensch.*, 10 novembre 1892. Guérison spontanée d'une rupture utérine survenue pendant l'accouchement.

Routier. — Un cas d'hystérectomie à la suite d'une cautérisation au chlorure de zinc. *Sem. méd.*, 1892.

Ribemont et Lepage. — *Traité d'accouchement* (Dystocie. Rigidités du col).

Sainet. — *Emploi du cautère actuel dans les affections du col de l'utérus*. Thèse Paris, 1852.

Stoltz. — Article Dystocie, *Dict. de méd. et chirurg. pratiques*, 1870.

Tissier. — *Résistance du col à la dilatation pendant le travail de l'accouchement*. Thèse Paris, 1860.

Taurin (Victor-Michel). — *Ruptures de l'utérus pendant la grossesse et pendant le travail de l'accouchement*. Thèse Paris, 1853.

Tarnier. — *Traité d'accouchements*, tome II, Paris, 1888.

Tolédo. — *Sur la rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement*. Thèse Paris, 1890.

Tisserand. — *De la non dilatabilité du col de l'utérus, comme cause de dystocie*. Thèse Nancy, 11 août 1882.

Townsend. — *Boston med. and surg. journal*, 30 janvier 1879.

Twedie. — *Guy's hospital report*, n° 8, p. 113.

Viguier. — *Du débridement du col dans les accouchements*. Thèse Paris, 1874.

Velpeau. — *Traité d'accouchement*, t. II, p. 216, Paris, 1835.

Vangeon. — *Contribution à l'étude du traitement de la métrite chronique par les caustiques*. Thèse Paris, 1891.

Wallich. — Rigidité anatomique du col. *Congrès d'obstétrique*, 5 avril 1893.

Welponer. — 1870.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier, 15-17, Passage Verdeau, Paris.